



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**Ο ρόλος του εμμηνοπαυσιακού βιώματος στην
ψυχοσωματική και κοινωνική υγεία των γυναικών και η
διασύνδεσή του με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Παπακώστα Λαμπρινή του Νικολάου

Μαία

A.M. M040619028

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια - Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μάλλη Φωτεινή, Καθηγήτρια - Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μέντης Εμμανουήλ, Καθηγητής - Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, Μάιος 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Menopausal experience in the psychosomatic and social health of women and its connection with primary health care

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.....	2
1.1 Η έννοια της εμμηνόπαυσης	2
1.2 Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.....	3
1.3 Στάδια εμμηνόπαυσης.....	5
1.4 Μακροχρόνιες επιπτώσεις.....	7
1.5 Πρόληψη αρνητικών συμπτωμάτων	9
1.6 Θεραπεία	12
1.7 Διάγνωση.....	13
1.7.1 Διάγνωση κανονικού γυναικείου πληθυσμού	13
1.7.2 Ειδικές περιπτώσεις διάγνωσης	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ	18
2.1 Ψυχικές επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης	18
2.2 Σωματικές επιπτώσεις εμμηνόπαυσης	19
2.2.1 Γεννητικό σύστημα	19
2.2.2 Ουροποιητικό σύστημα.....	20

2.2.3 Δέρμα	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	23
3.1 Ο ρόλος της Μαίας	23
3.1.1 Ο ρόλος της μαίας	29
3.2 Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	34
4.2 Διαδικασία και δείγμα.....	34
4.3 Ερευνητικό εργαλείο	35
4.4 Στατιστική ανάλυση	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	37
5.1 Περιγραφική ανάλυση.....	37
5.2 Επαγωγική ανάλυση.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	47
6.1 Συζήτηση.....	47
6.2 Συμπεράσματα	51
6.3 Περιορισμοί – Προτάσεις.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου, της ύπαρξης αδελφών και παιδιών του δείγματος	37
Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος του δείγματος	37
Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας διαμονής και του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος.....	38
Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας δυσκολίας κατά την εμμηνόπαυση	38
Πίνακας 6 Αποτελέσματα συσχέτισης της ύπαρξης αδελφών και της κλίμακας SF36.....	39
Πίνακας 7 Αποτελέσματα συσχέτισης της χρόνιας σωματικής νόσου και της κλίμακας SF36.....	39
Πίνακας 8 Αποτελέσματα συσχέτισης της επίσκεψης σε ψυχολόγο και της κλίμακας SF36.....	40
Πίνακας 9 Αποτελέσματα συσχέτισης της πρόθεσης συνάντησης με ψυχολόγο και των SF36 μεταβλητών	41
Πίνακας 10 Αποτελέσματα συσχέτισης της εμμηνόπαυσης και των SF36 μεταβλητών.....	41
Πίνακας 11 Αποτελέσματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης και των SF36 μεταβλητών	42
Πίνακας 12 Αποτελέσματα συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης και των SF36 μεταβλητών	42

Πίνακας 13 Αποτελέσματα συσχέτισης της διαμονής του δείγματος και των SF36 μεταβλητών	43
Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχέτισης του ύπνου του δείγματος και των SF36 και HFS μεταβλητών.....	43
Πίνακας 15 Αποτελέσματα συσχέτισης του είδους των ονείρων του δείγματος και των SF36 μεταβλητών	44
Πίνακας 16 Αποτελέσματα συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης και των SF36 μεταβλητών	45
Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης του πλήθους παιδιών του δείγματος και των HFS μεταβλητών	45
Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης του τόπου διαμονής του δείγματος και των SF36 μεταβλητών	46
Πίνακας 19 Αποτελέσματα συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος και των SF36 μεταβλητών	46

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμμηνόπαυση είναι η φάση της περιόδου, κατά την οποία η γυναίκα χάνει την ωοθηλακική της λειτουργία, με αποτέλεσμα να μην είναι πλέον γόνιμη. Για να χαρακτηριστεί πως μια γυναίκα διανύει περίοδο εμμηνόπαυσης πρέπει για τουλάχιστον 12 μήνες να έχει αμηνόρροια. Η εμμηνόπαυση εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες 40-58 ετών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τα συμπτώματα που προκαλούνται στη γυναίκα, σε ψυχοσωματικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και να διερευνήσει τον βαθμό φροντίδας που προσφέρει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με σκοπό να μειωθούν τα συμπτώματα αυτά.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας ακολούθησε ποσοτική μέθοδος και για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο μοιράστηκε δια ζώσης στους ερωτηθέντες τηρώντας όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 132 άτομα γυναίκες. Από το σύνολο των γυναικών, οι 50 (39.1%) δήλωσαν πως είχαν δύσκολη εμμηνόπαυση, ενώ οι 78 (60.9%) πως δεν είχαν δύσκολη εμμηνόπαυση. Κατά την πραγματοποίηση της έρευνας διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα στα οποία τα άτομα συγχωρούν τους άλλους, η ψυχική και η γενική τους υγεία και ο κοινωνικός τους ρόλος επηρεάζονται από το φύλο. Επιπλέον ανάλογα με το αν οι γυναίκες πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο παρατηρούνται διαφορές στον σωματικό και κοινωνικό τους ρόλο, στον σωματικό πόνο που νιώθουν και γενικά στα επίπεδα ψυχικής και φυσικής τους υγείας. Όσον αφορά την ηλικία των εμμηνοπαυσιακών γυναικών αυτή σχετίζεται με το σωματικό και κοινωνικό τους ρόλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι τα ποσοστά εύκολης περιόδου εμμηνόπαυσης είναι μεγαλύτερα από αυτά της δύσκολης περιόδου, τα

συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κάθε γυναίκας και ο συναισθηματικός τους ρόλος διαφέρει ανάλογα με το εάν επισκέπτεται κάποιος ψυχολόγο ή όχι.

Λέξεις κλειδιά: εμμηνόπαυση γυναικών, ψυχοσωματική και κοινωνική υγεία, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

ABSTRACT

Menopause is the phase of the period during which a woman loses her ovarian function, as a result of which she is no longer fertile. To be classified as menopausal, a woman must have amenorrhea for at least 12 months and occurs mainly in women 40-58 years old. The purpose of this study is to study the symptoms that women have, on a psychosomatic and social level, as well as to investigate the degree of care offered by primary health care in order to reduce these symptoms.

A quantitative method was used during the research and an anonymous questionnaire was used for the data collection, which was distributed to the respondents in person, observing all the necessary protection measures. The research sample consisted of 132 women. Of all women, 50 (39.1%) said they had a difficult menopause, while 78 (60.9%) said they did not have a difficult menopause. The research found that the levels at which individuals congratulate others, their mental and general health, and their social role are influenced by gender. In addition, depending on whether women suffer from a chronic physical illness, there are differences in their physical and social role, in the physical pain they feel and in general in their levels of mental and physical health. Finally, regarding the age of menopausal women, it is related to their physical and social role.

The results of the study showed that the rates of easy menopause are higher than those of the difficult period, the symptoms differ according to the characteristics of each woman and their emotional role differs depending on whether they visit a psychologist or not.

Key words: Menopause, psychosomatic and social health, primary health care

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα πιο σημαντικά φαινόμενα στη ζωή μιας γυναίκας είναι η εμμηνόπαυση. Κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με πλήθος σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών, νέες απαιτήσεις και πολλές προκλήσεις. Τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την περίοδο αυτή είναι κυρίως ψυχικής φύσεως, και συγκεκριμένα το άγχος και η κατάθλιψη, ή μπορεί ακόμα να είναι και εμφανή συμπτώματα στο σώμα μιας γυναίκας, όπως είναι η τριχοφυΐα και η εφίδρωση. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγάλη επιρροή στην εμμηνόπαυση μίας γυναίκας. Συγκεκριμένα, μέσα από την υποστήριξη και τη σωστή εκπαίδευση της, η ίδια μπορεί να αποκτήσει μία θετική στάση ζωής και τελικά καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ μάλιστα θα είναι πιο εύκολο να αποδεχτεί, να διαχειριστεί και τελικά να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την εμμηνόπαυση.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η γυναίκα σε ψυχοσωματικό και κοινωνικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και ο βαθμός στον οποίο συμβάλει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας είναι η ποσοτική και το ερευνητικό εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο. Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του φαινομένου της εμμηνόπαυσης και των σταδίων από τα οποία αποτελείται αυτή η περίοδος, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιπτώσεις που έχει η εμμηνόπαυση στην υγεία μίας γυναίκας, και τέλος, στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλει το μαιευτικό προσωπικό και γενικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της εμμηνόπαυσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

1.1 Η έννοια της εμμηνόπαυσης

Η λέξη εμμηνόπαυση έχει τις ρίζες τις σε δύο ελληνικές λέξεις, τις λέξεις μην- (μήνας) και παύση. Αυτό που συμβαίνει κατά την περίοδο αυτή στη γυναίκα είναι η απώλεια της ωοθηκικής ωοθυλακικής της λειτουργίας, με αποτέλεσμα να μην είναι πλέον γόνιμη. Ουσιαστικά τα ωοθυλάκιά της εξαντλούνται με αποτέλεσμα να μειώνεται η έκκριση των οιστρογόνων και τελικά να οδηγείται σε μόνιμη διακοπή της εμμήνου ρύσεώς της. Για να μπορέσει μία γυναίκα να διαπιστώσει πως διανύει περίοδο εμμηνόπαυσης, πρέπει πρώτα να έχει αμηνόρροια για τουλάχιστον 12 μήνες, χωρίς αυτή να οφείλεται σε παθολογικά αίτια. Η περίοδος αυτή είναι ένα φυσιολογικό γεγονός στην εξέλιξη μίας γυναίκας και εμφανίζεται όταν μία γυναίκα είναι 40-58 ετών. Συγκεκριμένα, στην Ευρώπη η μέση ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης είναι τα 50 έτη. Η ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης επηρεάζεται από τη διατροφή που κάνει κάθε γυναίκα καθώς και από το υψόμετρο διαμονής. Με την εμμηνόπαυση είναι φυσιολογικές οι αλλαγές στο σώμα, την ψυχολογία και της ορμόνες της κάθε γυναίκας [1].

Η μείωση της παραγωγής οιστρογόνων και προγεστερόνης οφείλεται είτε σε φυσιολογικούς παράγοντες είτε εξαιτίας χειρουργικής χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας. Μερικά από τα συμπτώματα της μείωσης αυτής μπορεί να είναι σωματικού, αγγειοκινητικού, σεξουαλικού και ψυχολογικού επιπέδου, μειώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής της γυναίκας [2].

Σήμερα η εμμηνόπαυση βρίσκεται στο επίκεντρο των ερευνητών καθώς σημειώνεται μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Στον δυτικό κόσμο αναφέρεται ότι είναι τριάντα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Το 1940 το προσδόκιμο

ζωής μετά την εμμηνόπαυση ήταν μόλις 10 χρόνια ενώ το 1910 ήταν μηδενικό. Εκτός από αυτό ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η προσπάθεια να διατηρήσει η γυναίκα τη καλή ποιότητα ζωής της χωρίς τις ευεργετικές δράσεις των οιστρογόνων.

1.2 Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης

Η εμμηνόπαυση θεωρείται η λήξη της γόνιμης φάσης για τη ζωή της γυναίκας και έχει μεγάλο συναισθηματικό, κοινωνικό και φυσικό αντίκτυπο για αυτές. Τα συμπτώματα αυτής οφείλονται στην πτώση που δέχονται τα ορμονικά επίπεδα σχετικά με την κυκλοφορία. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση χωρίζονται σε τρεις ευρύτερες κατηγορίες οι οποίες αφορούν αγγειοκινητικά, ατροφικά και ψυχολογικά ή σεξουαλικά συμπτώματα. Στα αγγειοκινητικά περιλαμβάνονται τα πιο συνηθισμένα και έντονα συμπτώματα περιεμμηνοπαυσιακών και πρόιμων μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, δηλαδή οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να συνοδεύονται από δυσφορία, κόπωση και αϋπνία [3].

Κατά την έναρξη της εμμηνόπαυσης οι δύο μεγαλύτερες αλλαγές στη ζωή της γυναίκας είναι η μείωση της ποιότητας ύπνου και η μείωση επιπέδων των οιστρογόνων. Η δεύτερη είναι πιθανό να επιφέρει συμπτώματα όπως αγγειοκινητικά, κατάθλιψη και έξαρση άγχους. Η ποιότητα του ύπνου αλλάζει σε όλες της εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αύξηση των προβλημάτων του ύπνου περίπου σε ποσοστό 30% σε γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση, ενώ φτάνει το ποσοστό του 50% στις γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές διαταραχές. Οι παράγοντες που προκαλούν τις μεταβολές της ποιότητας ύπνου ποικίλουν. Πιο αναλυτικά, τα μειωμένα επίπεδα οιστραδιόλης και τα αυξημένα επίπεδα θυρεοειδικής

ορμόνης (FSH) επιφέρουν διαταραχές στην έκκριση μελατονίνης και κιρκαδιανών ορμονών τα οποία ευθύνονται για την ποιότητα ύπνου των ανθρώπων. Κατά τη διάρκεια του ύπνου παρατηρούνται εφιδρώσεις και αλλεπάλληλες εξάψεις που τον διαταράσσουν, ενώ μάλιστα πολλές φορές παρατηρείται το πολύ πρωινό ξύπνημα και η αδυναμία ύπνου μετά από αυτό [4].

Οι διαταραχές αυτές του ύπνου των εμμηνοπαυσιακών γυναικών οδηγούν σε κακής ποιότητας ύπνο, και κατ' επέκταση σε αισθήματα κατάθλιψης και άγχους. Κατά την εμμηνόπαυση μπορούν να εμφανιστούν αρκετά προβλήματα ψυχικής υγείας γενικότερα, γεγονός που οφείλεται στο ξέσπασμα σχετικών προβλημάτων. Παρατηρείται επίσης σύνδεση ανάμεσα στις κατηγορίες των προβλημάτων. Για παράδειγμα το άγχος, που αποτελεί ψυχολογικό σύμπτωμα, και ο ύπνος, που είναι αγγειοκινητικό, συνδέονται μεταξύ όπως αναφέρθηκε προηγουμένως [5].

Μελέτες βασισμένες στο ημερολόγιο του ύπνου των γυναικών συμπέραναν ότι η ποιότητα του ύπνου διαφέρει στις γυναίκες που εργάζονταν κατά την μετεμμηνοπαυσιακή, με επίπεδο FSH άνω των 30 IU / L, και τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά τη διάρκεια της εβδομάδας εργασίας. Συγκεκριμένα οι πρώτες είχαν χαμηλότερα ποιοτικά ύπνο σε σχέση με τις δεύτερες. Ωστόσο τα Σαββατοκύριακα, και οι δύο κατηγορίες γυναικών είχαν την ίδια ποιότητα ύπνου. Ένα ακόμα συμπέρασμα από τις μελέτες σχετίζεται με τη διάρκεια του ύπνου. Οι γυναίκες από την προεμμηνόπαυση καθώς επίσης και οι μετεμμηνοπαυσιακές αφιέρωναν λιγότερο χρόνο ύπνου τις μέρες που εργάζονταν σε σχέση με τις μέρες αναψυχής. Δηλαδή τις μέρες αναψυχής προσφέρουν ευκαιρία για ανάκαμψη, και συγκεκριμένα για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες απαιτείται επαρκής αριθμός τέτοιων ημερών προκειμένου να αυξηθεί η εργασιακή τους ικανότητα [6].

Πέρα από τα παραπάνω συμπτώματα, αξίζει να σημειωθεί πως μία εμμηνοπαυσιακή γυναίκα μπορεί να εμφανίσει ξηρότητα του κόλπου, μειωμένη λίμπιντο, πονοκεφάλους, αίσθημα παλμών, ομιχλώδη σκέψη, κακή συγκέντρωση και προβλήματα μνήμης, αυξημένη και συχνή κόπωση, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και διαταραχή του εντέρου [7].

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι έχουν αρνητική επιρροή στα συμπτώματά της εμμηνοπαύσεως κατά τη διάρκεια αυτής. Τέτοιοι μπορεί να είναι η παχυσαρκία, τα γαστρεντερικά προβλήματα, τα ουρολογικά προβλήματα, τα ενδοκρινικά προβλήματα, τα σύνδρομα χρόνιου πόνου, η χρήση νευροδραστικών φαρμάκων, τα βρογχοδιασταλτικά, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, αλλά και τα σκευάσματα θυρεοειδικής ορμόνης [8].

1.3 Στάδια εμμηνοπαύσεως

Η περίοδος της εμμηνοπαύσεως χωρίζεται σε τρία διαφορετικά στάδια: την προεμμηνοπαύση, την περιεμμηνοπαύση και τη μετεμμηνοπαύση.

Η πρώτη περίοδος είναι η προεμμηνοπαύση η οποία εμφανίζεται σε μία γυναίκα περίπου στα 40 της έτη και ουσιαστικά σηματοδοτεί την έναρξη της εμμηνοπαύσεως. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι οι ενδοκρινικές διαταραχές, που είναι όμως μικρής σημασίας, και οι διαταραχές της έμμηνης ρήσης.

Η δεύτερη περίοδος είναι η περιεμμηνοπαύση η οποία ξεκινάει περίπου στο 45^ο έτος μίας γυναίκας και τελειώνει σχεδόν ένα χρόνο μετά την εμμηνοπαύση. Κατά την περίοδο αυτή εμφανίζονται σταδιακά ενδοκρινολογικά, βιολογικά και κλινικά σημεία της εμμηνοπαύσεως που ακολουθεί, καθώς επίσης και διαταραχές της έμμηνης ρήσης.

Σχετικά με τον κύκλο της γυναίκας, διαταράσσεται, και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις ακολουθεί μεγάλη ροή και διάρκεια και εμφανίζονται εξάψεις [9].

Με την εμμηνόπαυση οριοθετείτε το τέλος της γόνιμης περιόδου μιας γυναίκας, γεγονός το οποίο είναι φυσικό και δεν πρόκειται για νόσο. Με το πέρας αυτής, ξεκινάει μία νέα περίοδος για τη γυναίκα, γεμάτη αλλαγές φυσικού και ανατομικού επιπέδου, στην οποία θα πρέπει να προσαρμοστεί ψυχολογικά. Η έναρξη αυτής της περιόδου σηματοδοτείται από το τέλος της έμμηνης ρύσης λόγω ανεπάρκειας ωοθηκών για τουλάχιστον ένα έτος. Ωστόσο, οποιαδήποτε κολπική ροή αίματος μέσα σε αυτό το χρόνο χρήζει ιατρικής εξέτασης.

Την ηλικία κατά την οποία θα ξεκινήσει η εμμηνόπαυση δεν επηρεάζεται από την ηλικία έναρξης αυτής, τη χρήση αντισυλληπτικών, την κατανάλωση αλκοόλ ή από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες οι οποίες καπνίζουν συστηματικά έχουν εμμηνόπαυση περίπου 1 ή 2 χρόνια νωρίτερα από το μέσο όρο, ενώ όσες υποσιτίζονται είναι χορτοφάγοι έχουν ακόμα νωρίτερα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η μητέρα και η κόρη είναι πολύ πιθανό να έχουν εμμηνόπαυση στην ίδια ηλικία (Σούλου, 2008). Η ηλικία εμμηναρχής στις πολύτοκες γυναίκες είναι περίπου ένα χρόνο αργότερα από τις άτοκες. Τέλος μεγάλη επιρροή στην ηλικία εμμηναρχής έχει η διάρκεια του κύκλου μιας γυναίκας. Πιο αναλυτικά, όσες γυναίκες έχουν κύκλο μικρότερο των 26 ημερών εμφανίζουν εμμηνόπαυση κατά μέσο όρο στα 49,2 έτη, ενώ όσες έχουν κύκλο 33 ημερών εμφανίζουν κατά μέσο όρο στα 51,4 έτη [9].

Η τρίτη και τελευταία περίοδος είναι η μετεμμηνόπαυση. Η περίοδος αυτή ξεκινάει με την εμμηνόπαυση και τελειώνει περίπου όταν μία γυναίκα είναι 65 ετών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της Massachusetts Women's Health Study, η μέση ηλικία έναρξης της περιεμμηνόπαυσης είναι 45-46 ετών, και συγκεκριμένα το 95%

αυτών εμφανίζεται σε ηλικία 39-51, ενώ η διάρκειά της είναι περίπου τα 5 έτη. Επίσης, η μέση ηλικία εμμηνόπαυσης είναι τα 51,3 έτη [10].

1.4 Μακροχρόνιες επιπτώσεις

Τα συμπτώματα την εμμηνόπαυσης έχουν μεγάλη επιρροή στην καθημερινότητα της γυναίκας. Το γεγονός ότι πρόκειται για ένα φυσικό και αναπόφευκτο φαινόμενο στη ζωή της, οδηγεί στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ανά πάσα στιγμή.

Στη διάρκεια της εμμηνόπαυσης μία γυναίκα βιώνει μεγάλο πλήθος βιολογικών αλλαγών. Ωστόσο μπορεί να βιώσει αλλαγές κοινωνικού και ψυχολογικού τομέα που συνδέονται με την ποιότητα ζωής της. Οι αλλαγές αυτές καθιστούν τη γυναίκα επιρρεπή σε συναισθήματα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης. Η μεγαλύτερη βαρύτητα οφείλεται να δοθεί στην ψυχολογικές διακυμάνσεις που βιώνει μία εμμηνόπαυσιακή γυναίκα. Αρκετές γυναίκες βιώνουν το αίσθημα της απώλειας σε μεγάλο βαθμό. Το αίσθημα αυτό μπορεί να αναφέρεται στο μητρικό της ρόλο, στη νεότητα και τη σεξουαλικότητά της, ενώ σε αρκετές γυναίκες αναφέρεται στο σκοπό της ζωής τους, οι οποίες παρουσιάζουν κατ' επέκταση καταθλιπτικά συμπτώματα και ευερεθιστότητα [11].

Σημαντικές επιπτώσεις σε μία γυναίκα μπορεί να εμφανιστούν και στο γνωστικό τομέα, του οποίου κύριο χαρακτηριστικό είναι η μνήμη. Συγκεκριμένα, παρατηρείται δυσκολία στη λεκτική μνήμη μιας γυναίκας, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν προβλήματα στο λόγω της εξαιτίας της ανάκλησης λέξεων. Επηρεάζονται επίσης η οργάνωση της σκέψης και συγκέντρωσή της [12].

Οι επιπτώσεις του γνωστικού επιπέδου οφείλεται στο γεγονός ότι τα οιστρογόνα αλληλεπιδρούν με τα χολινεργικά και με τα σεροτονινικά συστήματα που είναι τα

κύρια συστήματα λειτουργίας του εγκεφάλου και ελέγχουν την γνωστική λειτουργία. Η κατάσταση αυτή αυξάνει και τις πιθανότητες εμφάνισης άνοιας με την πάροδο των χρόνων. Για τη μείωση των πιθανοτήτων επιδείνωσης της κατάστασης είναι απαραίτητη η παρακολούθηση από ειδικό γιατρό και η κατάλληλη υποστήριξη [13].

Ύστερα από περίπου 5 χρόνια από την έναρξη της εμμηνόπαυσης, παρατηρείται ατροφική κολπίτιδα, μία από τις πιο συνηθισμένες διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος. Το σύμπτωμα αυτό εμφανίζεται μέσα από μία σειρά μεταβολών και υποκείμενων ενοχλήσεων σε πολλές γυναίκες και μάλιστα συνοδεύεται από την ευερεθιστότητα της ουροδόχου κύστης, και στη συνέχεια αυτής παρατηρείται ατροφία της ουρήθρας. Δηλαδή, στη μετεμμηνόπαυση, ο κόλπος των γυναικών γίνεται αρκετά ευάλωτος σε λοιμώξεις και φλεγμονές, με αποτέλεσμα να μειώνεται η σεξουαλική τους διάθεση και ικανοποίηση [14].

Ένα ακόμα σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης αποτελεί η σαρκοπενία, η οποία εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες που διανύουν την μετεμμηνοπαυσιακή τους περίοδο στην ηλικία 50-59 ετών και αποτελεί ένα από τα βασικότερα προβλήματά τους. Κατά την εμφάνιση αυτού του συμπτώματος παρατηρείται αισθητή μείωση της μυϊκής μάζας, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της ποιότητας ζωής μιας γυναίκας, στη σωματική αναπηρία ή ακόμα και στον θάνατο. Η κατάσταση αυτή αλλάζει ανάλογα με την ηλικία που έχει η κάθε γυναίκα. Τη μεγαλύτερη επιρροή τη δέχεται από την απώλεια οιστρογόνων, τα οποία δρουν στη μυϊκή μάζα με αποτέλεσμα την απώλεια ή τη φθορά αυτής. Υπάρχουν μάλιστα επιστημονικά τεκμηριωμένες αποδείξεις που δείχνουν ότι οι υποδοχείς οιστρογόνων της ομάδας β μπορούν να ανιχνευθούν στους σκελετικούς μυς και κυρίως στις περιοχές του κυτταροπλάσματος, της κυτταρικής μεμβράνης και της πυρηνικής μεμβράνης [15].

Μέσα σε όλα αυτά τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ανήκει και η ατροφία του δέρματος. Σε πολλά σημεία του δέρματος, και κυρίως στο πρόσωπα, τα γεννητικά όργανα και τα άκρα, υπάρχουν οιστρογονικοί υποδοχείς. Η απώλεια οιστρογόνων που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης μειώνει την ποιότητα του δέρματος και οδηγεί στην ατροφία αυτού. Συγκεκριμένα παρατηρείται λέπτυνση του δέρματος και τελικά απώλεια ακεραιότητας μεταξύ της επιδερμίδας και της δερμίδας, καταστάσεις οι οποίες οφείλονται στην απώλεια των ινοβλαστών και τη μειωμένη παραγωγή δερματικού κολλαγόνου, ελαστίνης και πρωτεαγλυκανών. Το δέρμα μάλιστα, γίνεται πιο ευάλωτο σε τραύματα και μειώνεται η ικανότητα του για απορρόφηση ύδατος, εξαιτίας του προστατευτικού ρόλου των γλυκοζαμινογλυκανών, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται ξηρότητα και ρυτίδες στο δέρμα [16].

1.5 Πρόληψη αρνητικών συμπτωμάτων

Όπως και σε κάθε αλλαγή που παρουσιάζει το σώμα ενός ανθρώπου, έτσι και στην εμμηνόπαυση τα αρνητικά της συμπτώματα μπορούν να προληφθούν. Οι κυριότεροι τρόποι πρόληψής τους είναι με τη διεξαγωγή εξετάσεων, τη σωστή διατροφή, τη μείωση του καπνίσματος, τη σωματική άσκηση και τον ποιοτικό ύπνο.

Κατά τη μετάβαση των γυναικών στην εμμηνόπαυση έχει πολύ σημαντικό ρόλο η συστηματική διεξαγωγή προληπτικών εξετάσεων. Πρόκειται για εξετάσεις στις οποίες μετρίεται η οστική πυκνότητα και αιματολογικές εξετάσεις, οι οποίες μετράνε τα επίπεδα σακχάρου, τη λειτουργία των νεφρών, του ήπατος και του θυροειδούς και ελέγχουν το λιποδιαμικό προφίλ των γυναικών. Μέσα σε αυτές περιλαμβάνονται και άλλες εξετάσεις όπως είναι το τεστ Παπανικολάου, η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα έσω γενετικών οργάνων και γυναικολογική εξέταση [17].

Πολύ σημαντικός είναι και ο ρόλος που έχει η διατροφή στην εμμηνόπαυση. Με τη μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων επιβαρύνεται ο μεταβολισμός της γυναίκας και κατ' επέκταση η απώλεια κιλών γίνεται όλο και πιο δύσκολη, ενώ αντίθετα μπορεί να πάρει παραπάνω κιλά με πιο γρήγορο ρυθμό [18]. Η αύξηση αυτή του βάρους μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στη γυναίκα. Όταν όμως ακολουθεί ειδικό διατροφικό πλάνο, πλούσιο σε φυτικές ίνες, καλά λιπαρά, ασβέστιο και μαγνήσιο και τρέφεται υγιεινά, μπορεί πιο εύκολα να κρατήσει το βάρος της σταθερό, ενώ μειώνεται ταυτόχρονα και ο ρυθμός αύξησής του. Βέβαια απαραίτητο σε αυτό το διατροφικό πλάνο είναι το άφθονο νερό, το οποίο περιορίζει την κατακράτηση, προάγει την υγεία των νεφρών και μειώνει το αίσθημα της πείνας [19].

Εξίσου σημαντική είναι η κατανάλωση πρωτεϊνών και υδατανθράκων, αλλά χρήζουν ιδιαίτερη προσοχή. Αναφορικά με την κατανάλωση πρωτεΐνης, όταν η κατανάλωση γίνεται σε μεγάλο βαθμό, υπάρχει κίνδυνος ο οργανισμός να μην απορροφήσει ικανοποιητικά ποσοστά ασβεστίου, γι' αυτό απαιτείται κατανάλωση συνιστομένων ποσοτήτων. Όσον αφορά τους υδατάνθρακες, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή εξαιτίας της αύξησης βάρους στην οποία μπορούν να οδηγήσουν [20].

Εκτός από τις ποσότητες που καταναλώνουν οι γυναίκες, πρέπει επίσης να προσέξουν και τις ώρες κατά τις οποίες τρώνε. Ο συνδυασμός μεγάλων ποσοτήτων με άστατες ώρες είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε αύξηση βάρους. Μία λύση για αυτό το πρόβλημα είναι η κατανάλωση γευμάτων ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτή η οργάνωση διατροφικού πλάνου και συνηθειών είναι πολύ σημαντική κυρίως για τις υπέρβαρες γυναίκες που έχουν προβλήματα παχυσαρκίας για να μπορέσουν να μειώσουν τις επιπλοκές κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης [18].

Αναφορικά με το κάπνισμα, αποτελεί μία από τις πιο βλαβερές συνήθειες για κάθε άνθρωπο. Συγκεκριμένα στις γυναίκες οδηγεί σε πρόωρη γήρανση και εμμηνόπαυση [21] και ειδικότερα κατά την εμμηνόπαυση είναι πιθανό να επιφέρει προβλήματα με πιο επικίνδυνα συμπτώματα και να επιβαρύνει τα ήδη υπάρχοντα. Με τη σταδιακή μείωση του καπνίσματος μειώνονται ταυτόχρονα και τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης [22].

Ένας τρόπος που βοηθά στην πρόληψη ή την εξασθένηση ορισμένων αρνητικών συμπτωμάτων, όπως είναι η κόπωση, η ευερεθιστικότητα και η αρθραλγία, είναι η γυμναστική. Η γυμναστική σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας σε συχνά χρονικά διαστήματα βελτιώνει τη φυσική τους κατάσταση, τη δύναμη, την ευελιξία και την κινητικότητα τους, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες αναπηρίας και γενικότερων πτώσεων και τραυματισμών, καθώς επίσης και τα πιθανά κατάγματα λόγω οστεοπόρωσης. Η πιο συχνή μορφή άσκησης που προτιμάτε από τις μεγαλύτερες γυναίκες είναι το περπάτημα. Η άσκηση αυτή έχει αποδειχθεί ότι βοηθά τις γυναίκες που διανύουν την περίοδο της μετεμμηνόπαυσης να κρατήσουν σταθερό το βάρος τους ή ακόμα και να το μειώσουν [23].

Τέλος, σημαντικό ρόλο στη μείωση των συμπτωμάτων έχει η καλύτερη ποιότητα ύπνου. Ο ύπνος βοηθά κάθε άνθρωπο να χαλαρώσει σωματικά και πνευματικά. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ύπνου μπορεί να διατηρήσει και να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας, και συγκεκριμένα η μικρή και η μεγάλη διάρκεια ύπνου είναι πιθανό να οδηγήσουν σε δυσμενείς καταστάσεις υγείας [24].

1.6 Θεραπεία

Κατά την εμμηνόπαυση, όπως έχει αναφερθεί, παρατηρείται μείωση της παραγωγής οιστρογόνων και προγεστερόνης, δημιουργούνται έτσι στη γυναίκα αρκετά σωματικά συμπτώματα, όπως είναι οι εξάψεις, η κατακράτηση υγρών, οι αυξομειώσεις βάρους και η κολπική ξηρότητα. Το γεγονός αυτό οδηγεί ένα μεγάλο πλήθος γιατρών να προτείνουν την ορμονοθεραπεία ως θεραπεία των συμπτωμάτων, όπου ουσιαστικά τα συμπτώματα ελαττώνονται λόγω της δράσης των ορμονών[25]. Για την θεραπεία των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων η πιο αποτελεσματική είναι η ορμονοθεραπεία, η οποία μπορεί να χορηγηθεί μέσω του στόματος, μέσω του κόλπου ή διαδερμικά ανάλογα με την προτίμηση κάθε γυναίκας. Η ορμονοθεραπεία μέσω του στόματος περιλαμβάνει δυο μορφές, η διαδερμική ορμονοθεραπεία περιλαμβάνει συνήθως τζέλ, λοσιόν και σπρέι σε διάφορες δοσολογίες ενώ για την κολπική ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται κολπικό οιστρογόνο σε χαμηλές δόσεις.

Πέρα από τα σωματικά συμπτώματα, εμφανίζονται και ψυχολογικά συμπτώματα, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Για την αντιμετώπιση αυτού του είδους τα συμπτώματα, η πιο συνηθισμένη θεραπεία είναι η ψυχοθεραπεία. Αυτή η μεταβατική περίοδος των γυναικών χαρακτηρίζεται από πολλές και διαφορετικές αλλαγές, στις οποίες προσαρμόζονται πιο εύκολα όταν απευθύνονται σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, η μορφή η οποία βοηθά περισσότερο στην ελάττωση των συμπτωμάτων είναι η ύπνωση [26]. Οι επιλογές θεραπείας για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης ποικίλουν, μερικές από αυτές είναι η ορμονική θεραπεία, τα μη ορμονικά φαρμακολογικά φάρμακα και οι μη φαρμακολογικές και αυτοδιαχειριζόμενες στρατηγικές [27]. Ωστόσο σχετικά με την κατάθλιψη έχει αποδειχθεί πως η ψυχοεκπαίδευση βελτιώνει την πρόγνωση του σθένους και συμβάλει στην μείωση της ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης για τα μέλη της οικογένειας [28].

Πέρα από τις παραπάνω μεθόδους, τα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν και με άλλες μεθόδους, χωρίς οι γυναίκες να φοβούνται για τις παρενέργειές τους. Τέτοιες μπορεί να είναι η σωματική άσκηση, ο βελονισμός, η γιόγκα και η ομοιοπαθητική θεραπεία. Σύμφωνα, μάλιστα, με έρευνα της οποίας δείγμα αποτελούσαν 106 γυναίκες οι οποίες παρακολουθούσαν μαθήματα αερόβιας άσκησης επί 12 εβδομάδες, παρατηρήθηκε βελτίωση στην ποιότητα του ύπνου και των συμπτωμάτων κατάθλιψης [29].

1.7 Διάγνωση

Με τον όρο «εμμηνοπαυσιακή» ορίζεται η γυναίκα η οποία δεν έχει έμμηνο ρύση τουλάχιστον για ένα χρόνο ή έχει αυξημένα επίπεδα FSH στο αίμα. Ο όρος εμμηνόπαυση χρησιμοποιείται μόνο για τον ορισμό της τελευταίας έμμηνης ρύσης και μπορεί με σιγουριά να οριστεί μόνο μετά από ένα χρόνο έπειτα από την τελευταία έμμηνο ρύση. Πριν την εμμηνόπαυση η γυναίκα διανύει την περίοδο της περιεμμηνόπαυσης, η οποία διαρκεί 2-8 έτη. Κατά τη διάρκεια αυτής μειώνεται η ωοθηκική λειτουργία. Δηλαδή τα ωάρια αυτά ξεκινούν να μειώνονται σιγά σιγά και οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι είναι ανωοθυλακιωρηκτικοί. Με αυτές τις ενέργειες προκαλούνται αιμορραγίες με διαταραχές στη φυσική τους ρυθμικότητα. Τέλος, η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες διακόπτεται με αποτέλεσμα να σταματά και η έμμηνη ρύση [49].

1.7.1 Διάγνωση κανονικού γυναικείου πληθυσμού

Οι γυναίκες ηλικίας τουλάχιστον 45 ετών οι οποίες είναι υγιείς και φυσιολογικές, περνάνε στην περίοδο της εμμηνόπαυσης ή της περιεμμηνόπαυσης σύμφωνα με την αλλαγή του ενδοεμμηνοπαυσιακού διαστήματος είτε παρατηρείται η αύξηση των

αντίστοιχων συμπτωμάτων, όπως είναι οι εξάψεις, είτε χωρίς να εμφανίζονται τέτοια συμπτώματα. Για τη διάγνωση μίας γυναίκας ως εμμηνοπαυσιακή δεν είναι απαραίτητη η αύξηση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης FSH στον ορό [50].

Αν και τα τελευταία χρόνια οι ιατρικές έρευνες έχουν γνωρίσει μεγάλη ανάπτυξη και εξέλιξη, δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η εμφάνιση της τελευταίας έμμηνης ρύσης σε γυναίκες οι οποίες ηλικιακά ετοιμάζονται να μουν στην εμμηνόπαυση. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί πως οι γυναίκες οι οποίες διανύουν την περίοδο της «αργής μετάβασης» είναι πιο πιθανό, συγκριτικά με αυτές που διανύουν την «πρώιμη μετάβαση», να πλησιάζουν την τελευταία έμμηνο ρύση τους [50].

Τα κριτήρια διάγνωσης της μετάβασης της εμμηνόπαυσης των υγιή και φυσιολογικών γυναικών ηλικία 40-45 ετών, είναι τα ίδια με αυτά που ισχύουν για τις γυναίκες που είναι περισσότερο από 45 ετών. Ωστόσο, στις πρώτες τα αίτια τα οποία προκαλούν την εμμηνορρυσιακή δυσλειτουργία απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Πιο αναλυτικά, πραγματοποιείται ενδοκρινική αξιολόγηση, η οποία περιλαμβάνει μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης, της προλακτίνης και της ορμόνης TSH, προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα μη εμμηνοπαυσιακά αίτια για την πρόκληση της αμηνόρροιας ή της ολιγόρροιας. Προκειμένου να αποδοθούν τα συμπτώματα στη μετάβαση της εμμηνόπαυσης, οι εξετάσεις που αναφέρθηκαν πρέπει να είναι φυσιολογικές [50].

Οι γυναίκες οι οποίες είναι ηλικίας έως και 40 ετών και εμφανίζουν διαταραχές στην ενδοεμμηνορρυσιακή διάρκεια ή συμπτώματα εμμηνόπαυσης, δεν θα πρέπει να διαγιγνώσκονται ως εμμηνοπαυσιακές ή με μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Η εμφάνιση των παραπάνω σημαίνει ότι πάσχουν από πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια. Οι γυναίκες αυτές ανήκουν σε μία εντελώς διαφορετική κατηγορία και δεν θα πρέπει τα συμπτώματά τους να συγχέονται με τα εμμηνοπαυσιακά [50].

1.7.2 Ειδικές περιπτώσεις διάγνωσης

1.7.2.1 Διαταραχές καταμήνιου κύκλου

Η εμμηνοπαυσιακή μετάβαση είναι αρκετά δύσκολο να διαγνωστεί και το σύστημα σταδιοποίησης STRAW δεν ισχύει για γυναίκες με υποκείμενες εμμηνορροϊκές διαταραχές, όπως είναι το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) ή η υποθαλαμική αμηνόρροια. Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον εμμηνοπαυσιακό κύκλο και τις ενδοκρινικές αλλαγές δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως για οποιαδήποτε εμμηνοπαυσιακή διαταραχή. Ωστόσο, οι γυναίκες οι οποίες πάσχουν από το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) είναι αρκετά πιθανό να αναπτύξουν πιο τακτικούς κύκλους στα μετεγενέστερα αναπαραγωγικά έτη τους. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό δεν έχουν προσδιοριστεί πλήρως. Οι γυναίκες οι οποίες έχουν διαφορετικές ιατρικές διαγνώσεις και μπαίνουν στην περίοδο της εμμηνοπαύσεως, συνήθως χρειάζεται να εξετάσουν τη συγκέντρωση της ορμόνης FSH [51].

1.7.2.2. Λήψη αντισυλληπτικών από την στοματική κοιλότητα

Τα αντισυλληπτικά τα οποία λαμβάνονται από το στόμα περιέχουν ποσότητες οιστρογόνων και προγεστίνης και θεωρούνται αρκετά ασφαλή για τις γυναίκες που δεν καπνίζουν έως και την εμφάνιση της εμμηνοπαύσεως. Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο να διαγνωστούν πρώτα ιατρικά για την είσοδό τους στην περίοδο της εμμηνοπαύσεως, προτού σταματήσουν τη λήψη [52].

Ο προσδιορισμός ωστόσο των αιτιών που προκαλούν την εμμηνοπαύση είναι δύσκολο να γίνει. Τα αίτια αυτά μπορεί να είναι είτε το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές δεν αναπτύσσουν τα ακανόνιστα αιμορραγικά είτε αγγειοκινητικά συμπτώματα. Από την άλλη, η μέτρηση της τιμής της ορμόνης FSH στον ορό θεωρείται αξιόπιστη εξαιτίας της καταστολής που γνωρίζει ο άξονας του υποθαλάμου-υπόφυσης από τη

μεγάλη ποσότητα οιστρογόνων που περιέχονται στα αντισυλληπτικά χάπια. Ένα μέρος των ιατρών προχωράει στη μέτρησή της κατά τη διάρκεια των 7 ημερών του διαστήματος όπου η γυναίκα έχει σταματήσει τη λήψη χαπιών. Ωστόσο η προσέγγιση αυτή δε συνίσταται, καθώς η ορμόνη αυτή τυπικά συνεχίζει να καταστέλλεται ακόμα και κατά την περίοδο της προεμμηνόπαυσης [52].

Αυτό που προτείνεται στις γυναίκες που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι να διακόψουν τη λήψη αντισυλληπτικών χαπιών περίπου 2 έως 4 εβδομάδες πριν προχωρήσουν στη μέτρηση της ορμόνης FHS στον ορό. Όταν η συγκέντρωση της τιμής που έχει η συγκέντρωση της ορμόνης αυτής είναι περισσότερη από 25 IU/L, τότε η γυναίκα αυτή έχει εισέλθει στη μετάβαση προς την εμμηνόπαυση. Παρ' όλ' αυτά, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη τιμή της ορμόνης η οποία θα σημαίνει ότι έχει εισέλθει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης [52].

Η διακοπή της λήψης αντισυλληπτικών χαπιών προτείνεται περίπου όταν μία γυναίκα είναι 50-51 ετών, όταν δηλαδή οι πιθανότητες σύλληψης είναι αρκετά μειωμένες. Στην περίπτωση εμφάνισης εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων, προτείνεται συχνά η βραχείας διάρκειας θεραπείας με μετεμμηνοπαυσιακές ορμόνες, προκειμένου να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα αυτά [52].

1.7.2.3 Υστερεκτομή ή αποβολή ενδομητρίου

Στις γυναίκες τις οποίες έχει προηγηθεί υστερεκτομή ή αποβολή του ενδομητρίου, τα κριτήρια της εμμηνορρυσιακής αιμορραγίας είναι σχεδόν αδύνατο να προσδιοριστούν. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ύπαρξη κριτηρίων υποστήριξης με ταυτόχρονη εκτίμηση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων και των βιοχημικών δεδομένων. Αυτό που προτείνεται επίσης και σε αυτή την περίπτωση είναι μέτρηση της συγκέντρωσης της ορμόνης FSH στον ορό. Στην περίπτωση που η τιμή της είναι

μεγαλύτερη των 25 IU/L, ειδικά αν ταυτόχρονα εμφανίζονται και εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, η γυναίκα αυτή έχει περάσει στη μεταβατική περίοδο εμμηνόπαυσης [53]. Για μία γυναίκα που διανύει την περίοδο της μεταμμηνόπαυσης, η τιμή αυτή θα έπρεπε να ήταν πολύ υψηλότερη, και συγκεκριμένα περίπου 70-100 IU/L [54].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

2.1 Ψυχικές επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης

Τα συμπτώματα ψυχοσωματικής φύσεως εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας 45-46 ετών περίπου και μάλιστα παρατηρούνται πιο έντονα στις γυναίκες αναπτυγμένων χωρών. Τα συμπτώματα αυτά δε θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως κλιμακτηριακά, γιατί μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία και δεν οφείλονται στην έλλειψη οιστρογόνων, αλλά στις περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτή την περίοδο ζωής της γυναίκας. Τα προβλήματα ψυχικής αστάθειας είναι πιθανό να υπήρχαν αλλά σε λανθάνουσα μορφή και η εμμηνόπαυση να είχε καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση μιας λανθάνουσας νεύρωσης [9].

Τα πιο συνηθισμένα ψυχικά συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την εμμηνόπαυση είναι η μελαγχολία, η αϋπνία, το άγχος και η ανασφάλεια. Ακολουθούν η νευρικότητα και η ευερεθιστικότητα, η απώλεια μνήμης και συγκέντρωσης, η αναποφασιστικότητα, η μειωμένη ενεργητικότητα, καθώς και οι διαταραχές της Libido. Η τελευταία μορφή διαταραχών ανήκει στην κατηγορία των ψυχοσεξουαλικών συμπτωμάτων.

Δεν έχει προσδιοριστεί μέχρι στιγμής η συσχέτιση της μειωμένης παραγωγής οιστρογόνων με τα παραπάνω συμπτώματα. Τα μόνα με τα οποία θα μπορούσε να συσχετιστεί είναι η αϋπνία, η μειωμένη ενεργητικότητα και η αυξημένη κούραση. Η μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα θα μπορούσε να αιτιολογηθεί από την δυσπαρευνία, δηλαδή του πόσου κατά τη σεξουαλική επαφή, που προκαλεί η έλλειψη οιστρογόνων [30].

Η έλλειψη οιστρογόνων έχει εμφανή αποτελέσματα και στην επιδερμίδα της γυναίκας. Συγκεκριμένα προκαλεί την εμφάνιση ρυτίδων και ξηροδερμία, αραίωση τριχώματος στην περιοχή της μασχάλης και του εφηβαίου, και αντικατάσταση του χνουδιού που υπάρχει στις περιοχές του άνω χείλους και του πηγουνιού [10].

Μια συχνή ψυχική διαταραχή που παρατηρείται στις γυναίκες κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης είναι η κατάθλιψη. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνήθως παρατηρούνται στις γυναίκες που βρίσκονται στην παριεμμηπαυσιακή φάση, ωστόσο εμφανίζεται και σε γυναίκες που βρίσκονται στην μεταγενέστερη μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα του άγχους αναφέρονται από γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και συχνά συνδέονται με την εκδήλωση μείζονος κατάθλιψης. Οι γυναίκες που κατά την έναρξη της εμμηνόπαυσης είχαν υψηλό άγχος συνέχισαν να έχουν και κατά την διάρκεια της μετάβασης, ενώ όσες στην αρχή είχαν χαμηλές βαθμολογίες άγχους καθώς προχωρούσαν στην εμμηνόπαυση γινόταν όλο και πιο ανήσυχες [31].

2.2 Σωματικές επιπτώσεις εμμηνόπαυσης

2.2.1 Γεννητικό σύστημα

Η μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων προκαλεί προβλήματα στα γεννητικά όργανα και ατροφία. Προκαλείται ελάττωση του υποδόριου λίπους, με αποτέλεσμα να αλλοιώνονται τα μεγάλα χείλη του αιδοίου και να προβάλλονται τα μικρά, ενώ ταυτόχρονα μικραίνει το μέγεθος της κλειτορίδας. Το pH του περιβάλλοντος αυτού γίνεται αλκαλικό από όξινο, λόγω της χρόνιας κολπικής έκκρισης, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη γαλακτοβακίλων. Για το λόγο αυτό, οι γυναίκες είναι ευάλωτες στις κολπικές λοιμώξεις κατά τη περίοδο της εμμηνόπαυσης [32].

Συγκεκριμένα, προκαλείται μείωση των αγγείων και της περιεκτικότητας κολλαγόνου στον κόλπο της γυναίκας, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται περισσότερες λοιμώξεις και τραύματα στον κόλπο. Το σχήμα του κόλπου αλλάζει εμφανώς με μείωση της ελαστικότητας, της διαμέσου και του μήκους του. Επίσης, κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής παρατηρείται μείωση της κολπικής λίπανσης που παράγεται. Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω προβλημάτων προκαλεί προβλήματα κατά τη σεξουαλική επαφή αρκετών γυναικών. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζει προβλήματα τέτοιας φύσεως είναι περίπου 20-40%.

Κατά την έναρξη της εμμηνόπαυσης της γυναίκας, το ενδομήτριο ατροφεί και μειώνεται το μέγεθος του τραχήλου. Δυσκολίες παρουσιάζονται πλέον και κατά την εξέταση Παπανικολάου, αφού προκαλείται στένωση του τραχηλικού στομίου και κατακόρυφη κίνηση της ζώνης μετάπτωσης του τραχήλου προς τον ενδοτραχηλικό σωλήνα. Τέλος εμφανίζεται εξασθένηση μυών συνδέσμων, περιτοναίων και πυελικού εδάφους στην πύελο. Οι αλλαγές αυτές δε σταματούν με την πάροδο του χρόνου και συνεχίζονται καθ' όλη τη διάρκεια ζωής της γυναίκας [30].

2.2.2 Ουροποιητικό σύστημα

Η μείωση της παραγωγής οιστρογόνων, όπως αναφέρεται και παραπάνω, προκαλεί ατροφία στα γεννητικά όργανα των περισσότερων γυναικών, η οποία με τη σειρά της προκαλεί προβλήματα στο ουροποιητικό σύστημα της γυναίκας. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που παρατηρούνται είναι αιφνίδια επιθυμία για ούρηση, η χαλάρωση του πυελικού εδάφους, η ατροφική ουρηθρίτιδα και τριγωνίτιδα και η ακράτεια ούρων [33].

Η ακράτεια ούρων εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών κατά την εμμηνόπαυση. Αποτέλεσμα αυτής είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής της γυναίκας, δηλαδή ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι μειωμένες ερωτικές επαφές και σωματικές δραστηριότητες. Προκαλούνται κατ' επέκταση στη γυναίκα συναισθήματα ενοχής, άρνησης, ανησυχίας, μυστικοπάθειας και φόβου μήπως οι γύρω της καταλάβουν το πρόβλημα της και μυρίσουν τα ούρα της.

Τέλος,, η μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων για πολλά χρόνια μπορεί να προκαλέσει σε συνδυασμό με την ατροφία και τις βακτηριδιακές λοιμώξεις, υποτροπιάζουσα ουρηθροκυστίτιδα, δυσουρία και συχνουρία [30], [48].

2.2.3 Δέρμα

Τα δερματικά συμπτώματα εμφανίζονται εξαιτίας της μείωσης κολλαγόνου, της αιμάτωσης και του ρυθμού διαίρεσης των κυττάρων που προκαλεί η εμμηνόπαυση. Το δέρμα χάνει την ελαστικότητά του και είναι λιγότερο σφιχτό, ενώ ταυτόχρονα σε κάποια σημεία ξηραίνεται [30].

Τα μελανοκύτταρα αρχίζουν να μειώνονται αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του δέρματος. Μείωση παρατηρείται επίσης και στους σμηγματογόνους αδένες με αποτέλεσμα να εμφανίζονται ρυτίδες, καθώς και στα επίπεδα κολλαγόνου και ελαστίνης, γεγονός που οδηγεί στη μείωση του πάχους του δέρματος και εξασθένηση των νεύρων του [9]. Στην εμμηνοπαυσιακή γυναίκα έχει παρατηρηθεί πως η συστηματική καθώς και η τοπική χρήση οιστρογόνων δύναται να αυξήσει το πάχος του δέρματος και την ποιότητα του κολλαγόνου, προκαλώντας έτσι βελτίωση της υφής του.

Τα συμπτώματα που προκαλούνται είναι συνήθως το ξηρό δέρμα, η εμφάνιση ρυτίδων, το αίσθημα κνησμού και η μυρμηκίαση. Η μυρμηκίαση είναι από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα, του οποίου όμως τα αίτια δεν έχουν προσδιοριστεί, και οι γυναίκες την περιγράφουν σα να νιώθουν μυρμήγκια. Η μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων προκαλεί πτώση της τρίχας και ξηρότητα στα μαλλιά, τα νύχια, τα μάτια, το στόμα. Ωστόσο σε ορισμένες γυναίκες παρατηρείται έντονη τριχοφυΐα στο πρόσωπο, τα πόδια, το στήθος και το υπογάστριο [30].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.1 Ο ρόλος της Μαίας

Μέσα από τη Μαιευτική Διεργασία γίνεται διάγνωση και αντιμετωπίζονται οι αντιδράσεις που έχουν ασθενείς σε προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, με τη βοήθεια της επιστήμης. Μέσα από αυτή, η μαία ουσιαστικά μπορεί και εφαρμόζει όλες του τις γνώσεις στην πράξη έτσι ώστε να μπορέσει τελικά να βοηθήσει και να φροντίσει τον ασθενή. Η Μαιευτική Διεργασία είναι αυτή που καθιστά τη μαία ικανή να ανταπεξέλθει σε κλινικές καταστάσεις μέσα από συστηματικούς και οργανωμένους τρόπους και με τη βοήθεια των γνώσεων του και της σκέψης του. Έτσι οι παρεμβάσεις του δεν βασίζονται στη μίμηση και τη διαίσθηση [34].

Η μαιευτική διεργασία επιτυγχάνεται μέσα από τη σχέση που αναπτύσσει η μαία με τον ασθενή. Όσο καλύτερη είναι αυτή η σχέση και η συνεργασία μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη φροντίδα μπορεί να παρέχει η μαία στον ασθενή [35].

Με τη μαιευτική διεργασία η μαία προσπαθεί να διατηρήσει την υγεία του ατόμου, να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη της νόσου, να αποκαταστήσει την ευεξία του ασθενή και, στις περιπτώσεις όπου το άτομο νοσεί, να προάγει την ανάρρωσή του. Η φύση αυτής της διεργασίας την καθιστά ικανή να προσαρμοστεί σε διαφορετικές καταστάσεις κλινικών περιστάσεων, παρά την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση υγείας και το πολιτιστικό υπόβαθρο των ασθενών[34].

Αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων, ο οποίος ποικίλει, ανάλογα με τις απόψεις των μαιών. Συγκεκριμένα, μπορεί να χωριστεί σε 3, σε 4 ή σε 5 στάδια. Ωστόσο, η σειρά και το περιεχόμενο των σταδίων σε όλες τις περιπτώσεις είναι ίδια. Τα τέσσερα στάδια που υποστηρίζει ο ΠΟΥ καθώς και αρκετές μαίες που ασχολήθηκαν με τη

Μαιευτική Διεργασία αποτελούνται από την αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενή, τον σχεδιασμό της φροντίδας που πρέπει να ακολουθηθεί, την εφαρμογή του προγράμματος μαιευτικής φροντίδας και τέλος την αξιολόγησή του [36].

Για την εφαρμογή της Μαιευτικής Διεργασίας μία από τις προϋποθέσεις είναι η ένταξη πτυχιούχων πρώτου επιπέδου, που είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν στην εφαρμογή της. Οι μαίες θα πρέπει να αναλαμβάνουν έναν συγκεκριμένο και προκαθορισμένο αριθμό ασθενών για την φροντίδα τους. Μέχρι στιγμής στα Ελληνικά δεδομένα όλες οι μαίες είναι υπεύθυνες για όλους τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή η φροντίδα των ασθενών και να είναι αδύνατη η εφαρμογή της Μαιευτικής Διεργασίας [36].

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι επίσης η καταγραφή των εργασιών των μαιών. Οι μαίες πρέπει να καταγράφουν την εργασία που αναλαμβάνουν καθημερινά όσον αφορά και το μαιευτικό ιατρικό αλλά και στο πρόγραμμα μαιευτικής φροντίδας. Επίσης οι μαίες πρέπει να αποδεχτούν το γεγονός ότι καμία αλλαγή δε μπορεί να γίνει εάν οι ίδιοι δεν την εγκρίνουν [36].

Η σημασία της μαιευτικής φροντίδας φαίνεται από τα παραπάνω. Το πλήθος των συμπτωμάτων που προκαλούνται από την εμμηνόπαυση μπορούν να μειωθούν με τη σωστή φροντίδα. Τα συμπτώματα που είναι πιο πιθανό να μειωθούν αφορούν τις ορμονικές αλλαγές, καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο, την οστεοπόρωση. Επίσης με τη σωστή ενημέρωση από τις μαίες η γυναίκα μπορεί να αλλάξει τον τρόπο ζωής της και κατ' επέκταση την ποιότητα αυτής μέσα από αλλαγές για την υγεία και την ευεξία της [37]. Έχει πολύ μεγάλη σημασία η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα να μπορεί να εκφράζεται ελεύθερα σε θέματα που αφορούν την κατάστασή της και τις αλλαγές που

εμφανίζονται, κυρίως σε ό,τι αφορά τη στάση της προς την εμμηνόπαυση και τα συμπτώματά της [17]. Ωστόσο αρκετές γυναίκες αναφέρουν πως οι κλινικοί ιατροί δεν αναγνωρίζουν τη σημασία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και δεν είναι πρόθυμοι να προσφέρουν ορμονική θεραπεία.

Ωστόσο, τα συμπτώματα που έχει η κάθε γυναίκα από την εμμηνόπαυση είναι τελείως διαφορετικά, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προσδιοριστούν νωρίτερα οι επιπτώσεις που θα έχει σε αυτή. Όταν όμως μία γυναίκα είναι πολύ καλά ενημερωμένη, είναι πιθανό να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα πάσης φύσεως [37]. Σύμφωνα με τις απόψεις του μαιευτικού προσωπικού, οι γυναίκες θα πρέπει να συζητάνε για φυσιολογικές εξάψεις που έχουν, να προσέξουν τη διατροφή τους ακολουθώντας διατροφές από ειδικούς διατροφολόγους, οι οποίοι θα μπορούν να τους χορηγήσουν τα απαραίτητα συμπληρώματα ασβεστίου ή αντιόξινες ταμπλέτες, και να δίνουν αρκετή σημασία στα οφέλη που έχουν αυτή την περίοδο από τη γυμναστική και συγκεκριμένα τις ασκήσεις με βάρη, οι οποίες θα τις βοηθήσουν να διατηρήσουν το βάρος τους [37].

Από τη μεριά του μαιευτικού προσωπικού, είναι απαραίτητη η ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους που έχουν από τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης HRT. Η θεραπεία αυτή δεν είναι απαραίτητο να ακολουθείται από όλες τις γυναίκες. Ωστόσο πριν κάποια γυναίκα την ακολουθήσει είναι καλό να γνωρίζει τα υπέρ και τα κατά της. Θα πρέπει επίσης να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να υποβάλλονται σε ετήσια μαστογραφία, κλινική εξέταση του μαστού, καθώς επίσης και εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος test Παπανικολάου (Pap test) [37].

Δύο από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι η κολπική ξηρότητα και η ατροφία, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν τη σεξουαλική

δυσλειτουργία των γυναικών αυτών. Υπάρχουν ωστόσο μέτρα τα οποία μπορούν να λάβουν μαζί με τον σύντροφό τους ώστε να έχουν και οι δύο μία ικανοποιητική σεξουαλική σχέση. Ο ρόλος των ειδικών υγείας έχει ακόμα μια φορά μεγάλη σημασία στη λήψη αυτών των μέτρων. Πρέπει να ενθαρρύνουν αυτές τις γυναίκες να εκφράσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και τα συναισθήματα που νιώθουν με αυτές τις αλλαγές.

Πρέπει επίσης να τις βοηθήσουν να αντιληφθούν πως όσο περνάνε τα χρόνια και μεγαλώνουν, απαιτείται περισσότερος χρόνος για να μπορέσουν να φτάσουν στην κολπική ύγρανση και τελικά στον οργασμό. Με την κατανόηση αυτού του γεγονότος θα μπορέσει να καταλάβει πως οι αλλαγές στη σεξουαλική της ζωή είναι φυσιολογικές. Θα μπορούσαν επίσης οι ειδικοί υγείας να προτείνουν τρόπους με τους οποίους θα επιτύχουν την ύγρανση πιο γρήγορα, όπως για παράδειγμα με τη χρήση υδατοδιαλυτών τζελ ή με την αφιέρωση περισσότερου χρόνου στα προκαταρκτικά [37].

Για να μπορέσουν ωστόσο οι μαίες να παρέμβουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε μία εμμηνοπαυσιακή γυναίκα, είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις φυσιολογικές μεταβολές που μπορεί να προκαλέσει η εμμηνόπαυση και τα συμπτώματα αυτών, ώστε να τα εντοπίσουν και να μπορέσουν ύστερα να τις παραπέμψουν στους αντίστοιχους γιατρούς, γυναικολόγους ή άτομα άλλων ειδικοτήτων, που μπορούν να τις βοηθήσουν να τα αντιμετωπίσουν. Θα πρέπει επίσης να ενημερώνονται διαρκώς για τις δυνατότητες που μπορούν οι ίδιες να προσφέρουν στις γυναίκες αυτές. Με τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευσή τους μπορούν να παρέχουν στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας [37].

Για να είναι βέβαια ικανές οι μαίες να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά στις ανάγκες των γυναικών είναι προτιμότερο να συνεργάζονται μεταξύ τους. Άλλωστε οι μαίες είναι οι επαγγελματίες υγείας στις οποίες οι γυναίκες αναφέρονται πρώτα όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την εμμηνόπαυση. Η συνεργασία αυτή μπορεί να επιτευχθεί επίσης και με άλλες ειδικότητες, όπως για παράδειγμα με γυναικολόγους, ενδοκρινολόγους, γενικούς ιατρούς και επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων. Η συνεργασία των παραπάνω μελών σε συνδυασμό με καλή επικοινωνία μπορεί να παρέχει αποτελεσματική βοήθεια στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες [37].

Πέρα από τη βοήθεια του μαιευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, είναι πολύ σημαντική επίσης η στάση που έχει κάθε γυναίκα απέναντι στην εμμηνόπαυση και την υγεία της και την ένταση με την οποία αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα. Συνήθως, όσο πιο αρνητική είναι η στάση της απέναντι στην εμμηνόπαυση και τα συμπτώματά της, τόσο πιο έντονα βιώνει και τις επιπτώσεις της [17]. Η στάση της γυναίκας μπορεί να βελτιωθεί με τη συμμετοχή της σε προγράμματα παρέμβασης που έχουν σα στόχο την ενημέρωση των γυναικών σχετικά με την εμμηνόπαυση και τις επιπτώσεις αυτής σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς επίσης και την αντιμετώπισή τους. Μέσα από αυτά τα προγράμματα μπορεί να μάθει να διαχειρίζεται τα συμπτώματα σε νοητικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο και να βελτιώσει τη στάση της και τη γενικότερη αντίληψη που έχει για την εμμηνόπαυση. Μπορεί επίσης να ενημερώνεται και για γενικότερα θέματα που επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας της. Αυτή η ενημέρωση θα πρέπει να παρέχεται στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες κάθε φορά που θα επισκέπτονται τον γιατρό τους για τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο [17].

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό καθήκον του μαιευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης είναι η λήψη ιστορικού υγείας της

γυναίκας. Στο ιστορικό υγείας αναφέρονται όλες οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής της, οπότε είναι πιο εύκολο για τον ειδικό να προβλέψει και τελικά να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει η εμμηνόπαυση. Στο ιστορικό θα πρέπει επίσης να καταγράφονται τα αποτελέσματα του προληπτικού ελέγχου στον οποίο έχει υποβληθεί η γυναίκα, ώστε να διαπιστώνεται η πορεία των συμπτωμάτων της σε βάθος χρόνου. Με την καταγραφή ενός λεπτομερούς και αναλυτικού ιστορικού, οι μαιές μπορούν να αντιληφθούν τις ανάγκες της κάθε γυναίκας ξεχωριστά και να σχεδιάσουν τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να παρέμβουν [17].

Οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με τη σωστή ιατρική και μαιευτική καθοδήγηση, μπορούν να προβούν σε πράξεις ώστε να διασφαλίσουν τη σωματική και την ψυχική τους υγείας. Οι μαιές έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση των γυναικών μέσα από τις σωστές οδηγίες (RCN, 2003). Οι οδηγίες οι οποίες προτείνουν τις περισσότερες φορές είναι έλεγχος με τεστ Παπανικολάου ανά 3 χρόνια σε συνδυασμό με τεστ HPV-DNA κάθε 5 χρόνια, ετήσια εξέταση των μαστών από ιατρικό ή μαιευτικό προσωπικό σε γυναίκες άνω των 40 ετών, κλινικός έλεγχος μαστών σε γυναίκες ηλικίας από 29 έως και 39 ετών, εκπαίδευση των γυναικών για να μπορούν να κάνουν εξέταση μαστού μόνες τους, μέτρηση της οστικής πυκνότητας, σύμφωνα με την οποία αξιολογείται η πυκνότητα του οστίτη ιστού και η πιθανότητα κατάγματος, κολονοσκόπηση κάθε 10 χρόνια σε γυναίκες άνω των 50 ετών λόγω της αύξησης πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ετησίως, λιπιδαιμικός έλεγχος ανά 5 χρόνια σε γυναίκες άνω των 45 ετών, και ενδοκολπικό υπερηχογράφημα για τον έλεγχο της κατάστασης των έσω γενετικών οργάνων [17].

3.1.1 Ο ρόλος της μαίας

Ο ρόλος που έχει η μαία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας είναι διακριτός, αυτόνομος αλλά και απαραίτητος. Όσον αφορά τις αρμοδιότητες της η κοινοτική μαία, συνεργάζεται με τις γυναίκες ώστε να τους παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη, φροντίδα αλλά και συμβουλευτική κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή της λοχείας. Επιπλέον η μαία διεξάγει με δική της ευθύνη τοκετούς και φροντίζει το βρέφος. Στην φροντίδα αυτή περιλαμβάνονται τα προληπτικά μέτρα, η προώθηση του φυσικού τοκετού, η έγκαιρη ανίχνευση των επιπλοκών τόσο στην μητέρα όσο και στο παιδί, η εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική και η σωστή εφαρμογή των επειγόντων μέτρων. Ο ρόλος της μαίας στην συμβουλευτική καθώς και στην εκπαίδευση σχετικά με θέματα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στη γυναίκα αλλά είναι εξίσου σημαντικός για όλη την οικογένεια και κατ' επέκταση και στην κοινωνία.

Στο έργο της μαίας περιλαμβάνεται η προγεννητική εκπαίδευση καθώς και η προετοιμασία για γονεϊκότητα, ωστόσο μπορούν να επεκταθούν και γενικότερα στην υγεία των γυναικών, στη σεξουαλική ή στη αναπαραγωγική υγεία καθώς και στην παιδιατρική φροντίδα. Το λειτούργημα της μαίας μπορεί αν ασκηθεί σε οποιαδήποτε δομή, όπως τα νοσοκομεία, οι κλινικές, οι μονάδες υγείας αλλά ακόμα μπορεί να ασκηθεί και στο σπίτι. Σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στοχεύουν στην υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, στη γυναίκα, την οικογένεια καθώς και στο νεογνό. Τον μοναδικό ρόλο της μαίας στην κοινότητα καθορίζουν πέντε παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι η σχέση συνεργασίας της μαίας με τις γυναίκες για να προωθηθεί η αυτοφροντίδα, ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια καθώς και η αντιμετώπιση των γυναικών ως άτομα με πλήρη ανθρώπινα δικαιώματα, η συνηγορία υπέρ των γυναικών προκειμένου να ακουστούν οι φωνές τους, η πολιτισμική ευαισθησία, η οποία στοχεύει στην αποφυγή πολιτιστικών

πρακτικών οι οποίες βλάπτουν τις γυναίκες και τα βρέφη και η έμφαση στην προαγωγή υγείας καθώς και την πρόληψη νοσημάτων [17].

Η μαιία αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με τη γυναίκα κατά την περιγεννητική περίοδο. Η περιγεννητική περίοδος αποτελεί μια περίοδο κατά την οποία ανοίγονται αρκετά παράθυρα ευκαιρίας για παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην βελτίωση των δεικτών υγείας. Οι κοινοτικές μαιές έχουν ως στόχο ως προς τη Δημόσια υγεία στην Ελλάδα να μειωθεί το ποσοστό των καισαρικών τομών, να μειωθεί το ποσοστό της επισκληρίδιου αναλγησίας, να μειωθεί το ποσοστό των πρόωρων τοκετών, να ενισχυθεί το ποσοστό του μητρικού θηλασμού κ.α.[17].

3.2 Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Έχει γίνει ήδη αντιληπτή η πολυπλοκότητα του φαινομένου της εμμηνόπαυσης στη ζωή μιας γυναίκας. Ο ρόλος λοιπόν της μαιίας αποκτά πολύ μεγάλη σημασία στην αντιμετώπιση των επιπτώσεών της και τελικά στη βελτίωση της ποιότητας τη ζωής της. Φαίνεται κατ' επέκταση η σπουδαιότητα που έχει η σωστή ενημέρωση των γυναικών για τη σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης από τις μαιές [38].

Κατά την εμμηνόπαυση, η γυναίκα είναι δύσκολο να διαχειριστεί και να αποδεχτεί τις αλλαγές και τη γήρανση που δέχεται το σώμα της. Νιώθει ότι χάνει τη νεότητά της και αισθάνεται ένα κενό όταν τα παιδιά της αρχίζουν να φεύγουν από το σπίτι. Καθήκον των επαγγελματιών υγείας σε αυτή την περίπτωση είναι να ενθαρρύνουν τις γυναίκες αυτές να εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες που τους δημιουργούνται σχετικά με το θέμα του ρόλου τους στην προσωπική τους ζωή και την οικογένειά τους, καθώς επίσης και με το θέμα της ελκυστικότητας την οποία νιώθουν ότι χάνουν. Μπορούν

επίσης να τους προτείνουν τρόπους με τους οποίους θα νιώσουν καλύτερα, όπως είναι η συμμετοχή τους σε εθελοντικές δράσεις, ώστε να μειωθεί το άγχος για τη σεξουαλική δυσλειτουργία και της λύπης για την αναπαραγωγική ανικανότητα, καθώς επίσης και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, ώστε να διατηρήσουν τη γοητεία και τη φυσική τους κατάσταση. Ο τρόπος ζωής τους έχει καθοριστική σημασία για τη φυσική τους κατάσταση, την υγεία τους και την εμφάνισή τους [37].

Βέβαια, η διαταραχή της εμφάνισής τους, όπως είναι η αυξημένη τριχοφυΐα και η αύξηση βάρους, σε συνδυασμό με την ανικανότητά τους να τεκνοποιήσουν, κάνουν τη γυναίκα να αισθάνεται άσχημα για τον εαυτό της. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος οι μαίες μπορούν να ενθαρρύνουν τη γυναίκα να περιγράψει πως νιώθει το σώμα της, να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της για τις αλλαγές της, όπως είναι θυμός, άγχος, αγωνία και να της προτείνουν ειδικούς διατροφολόγους και ειδικούς για το άγχος ώστε να αντιμετωπίσουν τα αντίστοιχα προβλήματα [38].

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα ψυχοκοινωνικής φύσης, είναι πολύ σημαντικό η μαία να ενημερώνει και άτομα της οικογένειας της γυναίκας, και κυρίως τον σύζυγό της, έτσι ώστε και αυτοί να μπορέσουν να βοηθήσουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων. Όταν μάλιστα η γυναίκα νιώθει ότι τη στηρίζουν κοντινά της άτομα, αντιμετωπίζει με καλύτερο τρόπο τα συμπτώματα που εμφανίζονται και τα αποδέχεται, ενώ επίσης είναι πιο τυπική στην αγωγή της και προσπαθεί να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες των ειδικών. Πέρα από την ενίσχυση της στήριξης, είναι λιγότερες οι πιθανότητες να εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης και να αποσυρθεί κοινωνικά [39].

Στο σημείο αυτό είναι αξιοσημείωτη η αναφορά μιας πολύ ιδιαίτερης ομάδας, μιας ομάδας που αποτελείται από γυναίκες που έχουν βιώσει τον καρκίνο του μαστού. Οι

Carpenteretal et al. (2013) πραγματοποίησαν μία έρευνα της οποίας δείγμα ήταν γυναίκες σε περίοδο εμμηνόπαυσης, οι οποίες είτε είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού είτε δεν είχαν διαγνωστεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής διαπιστώθηκε ότι η σχέση ανάμεσα στον αντιληπτό έλεγχο και τις εξάψεις διέφερε ανάμεσα στις δύο κατηγορίες γυναικών, και συγκεκριμένα στις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού διαπιστώθηκε μέτρια συσχέτιση και στις υπόλοιπες διαπιστώθηκε ήπια συσχέτιση [40].

Από τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας φαίνεται πως έχει μεγάλη σημασία η συνεχής αξιολόγηση και η σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων από γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης και από γυναίκες μέσης ηλικίας οι οποίες δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα. Μεγάλη σημασία φαίνεται να έχει επίσης η παροχή συνεχούς μαιευτικής φροντίδας ακόμα και σε γυναίκες που κάνουν ήδη θεραπείες για τις εξάψεις που εμφανίζουν, ειδικά για γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Μέσα από τις θεραπείες οι γυναίκες αυτές δεν έχουν ολική ανακούφιση των συμπτωμάτων, αλλά μερική, γεγονός που καθιστά αναγκαία την κλινική αξιολόγηση των πρωτόκολλων που έχουν αξιοποιηθεί προκειμένου να είναι εφικτή η χρήση πολλαπλών θεραπειών, ώστε να μπορέσουν να ανακουφιστούν ολικά από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης [40].

Ένα ακόμα σημαντικό συμπέρασμα της παραπάνω έρευνας αφορά τις παρεμβάσεις των μαιών οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση του αντιληπτού ελέγχου των εξάψεων. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι πιο χρήσιμες στις γυναίκες μέσης ηλικίας οι οποίες πάσχουν από καρκίνο του μαστού, παρά στις υπόλοιπες γυναίκες του δείγματος. Οι παρεμβάσεις αυτές θα ήταν ωφέλιμο να σχεδιάζονταν με τέτοιο τρόπο ώστε όλες οι γυναίκες να μάθουν να διαχειρίζονται

μόνες τους τα συμπτώματα που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους και τελικά την ποιότητα ζωής τους [40].

Ακόμα μία σημαντική έρευνα είναι αυτή που πραγματοποίησαν οι Mann et al. (2012), δείγμα της οποίας αποτελούν γυναίκες οι οποίες έχουν βιώσει τον καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι οι γυναίκες οι οποίες έλαβαν τις μαιευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία είχαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους και λιγότερα προβλήματα στον ύπνο έπειτα από εκπαίδευση διάρκειας 9 εβδομάδων, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν την ανάλογη φροντίδα. Μάλιστα, οι γυναίκες της πρώτης ομάδας, ύστερα από 26 εβδομάδες θεραπείας, παρουσίασαν βελτίωση της κοινωνικής τους ζωής, της φυσικής τους λειτουργίας και της γενικότερης υγείας τους ενώ μάλιστα ο σωματικός πόνος είχε ελαττωθεί. Αυτή η μείωση του πόνου επηρέασε βέβαια θετικά τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης [41].

Στην ίδια έρευνα, στις γυναίκες της πρώτης ομάδας παρατηρήθηκε βελτίωση της διάθεσης, του ύπνου, της μνήμης και της συγκέντρωσής τους, όπου οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στα σημεία αυτά σε γενικές γραμμές. Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης πως η βελτίωση του ύπνου και των εξάψεων διατηρείται και μετά το πέρας των θεραπειών, οπότε τελικά βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Οι θεραπείες αυτές είναι τελικά ασφαλείς και μπορούν να ενσωματωθούν στις θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού και οι ασθενείς να εκπαιδευτούν κατάλληλα από τις εξειδικευμένες μαίες [41].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει σα στόχο τη μελέτη των συμπτωμάτων που προκαλούνται σε μία γυναίκα κατά την εμμηνόπαυση, σε ψυχοσωματικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς επίσης και του βαθμού φροντίδας που μπορεί να τους προσφέρει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προκειμένου να μειωθούν ή ακόμα και να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα αυτά. Τα ερευνητικά ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν είναι τα παρακάτω:

- Με ποιους τρόπους μπορεί το μαιευτικό προσωπικό να βοηθήσει μία γυναίκα κατά την εμμηνόπαυση;
- Πώς επηρεάζεται μία γυναίκα ψυχικά και σωματικά κατά την εμμηνόπαυση;
- Μπορούν να προκληθούν κοινωνικά συμπτώματα σε μία εμμηνοπαυσιακή γυναίκα;

4.2 Διαδικασία και δείγμα

Κατά τη διαδικασία της έρευνας μοιράστηκε ερωτηματολόγιο συνολικά σε 132 γυναίκες. Κατά τη διαδικασία της έρευνας οι συμμετέχοντες συμφωνήσαν στην οικειοθελή συμμετοχή τους στην έρευνα και ενημερώθηκαν για τον σκοπό αυτής και τη διατήρηση της ανωνυμίας τους, καθώς επίσης και για τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιηθούν οι απαντήσεις που θα δώσουν.

4.3 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, μοιράστηκε ερωτηματολόγιο σε 132 γυναίκες. Πριν τη συμμετοχή των ερωτηθέντων, ενημερωθήκαν για τον σκοπό της έρευνας καθώς επίσης και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί έναν από τους πιο γρήγορους και αξιόπιστους τρόπους συλλογής δεδομένων, καθώς επίσης και έναν πολύ οικονομικό για τον ερευνητή τρόπο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μοιράστηκε δια ζώσης στους ερωτηθέντες, τηρώντας όλα τα μέτρα προστασίας.

Αποτελείται συνολικά από τέσσερα ξεχωριστά μέρη ερωτήσεων. Στο πρώτο μέρος οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, δηλαδή την ηλικία τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, προκειμένου να μπορέσει να προσδιοριστεί το προφίλ τους. Το δεύτερο μέρος αποτελείται συνολικά από 18 ερωτήσεις της κλίμακας HFS, η οποία είναι 7-βαθμη κλίμακα, και αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οι ερωτηθέντες συνήθιζαν να αντιδρούν στον τύπο αρνητικής κατάστασης. Το τρίτο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις της κλίμακας SF-36 στις οποίες καταγράφονται οι απόψεις του δείγματος σχετικά με την υγεία του. Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 5 ερωτήσεις της 7-βαθμης κλίμακας Canta Clara Brief Compassion Scale που σχετίζονται με τα συναισθήματα των ερωτηθέντων.

4.4 Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις απαντήσεις του δείγματος περάστηκαν στο στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics v.21, σύμφωνα με το οποίο έγινε και η ανάλυση τους. Πριν την ανάλυση τους, κωδικοποιήθηκαν με τον κατάλληλο τρόπο,

ώστε να μπορέσει να γίνει και η ανάλυση. Κατά την ανάλυση έγινε περιγραφική στατιστική, έλεγχοι σύμφωνα με τα t-test και ANOVA, καθώς επίσης και πολλαπλές συγκρίσεις. Το SPSS αποτελεί ένα πακέτο ανάλυσης το οποίο παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και μάλιστα αναγνωρίζεται ως ένα αρκετά χρήσιμο και εύχρηστο εργαλείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Περιγραφική ανάλυση

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως στην ερώτηση «3. Έχετε αδέρφια;», 9 στους 10 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά και 1 στους 10 έδωσε αρνητική απάντηση. Στην ερώτηση «4. Έχετε παιδιά;» 9 στους 10 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά και 1 στους 10 έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας 1 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου, της ύπαρξης αδελφών και παιδιών του δείγματος

		N	%
3. Έχετε αδέρφια;	Ναι	123	93.20%
	Όχι	9	6.80%
	Σύνολο	132	100.00%
4. Έχετε παιδιά;	Ναι	115	87.10%
	Όχι	17	12.90%
	Σύνολο	132	100.00%

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα 2 στην ερώτηση για την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος 110 (83.3%) από τους συμμετέχοντες απάντησαν πως είναι έγγαμοι και 3 (2.3%) δήλωσαν πως είναι διαζευγμένοι. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος 42 (31.8%) εκ των συμμετεχόντων απάντησαν πως ασχολούνται με τα οικιακά και 5 (3.8%) απάντησαν πως είναι άνεργοι.

Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος του δείγματος

		N	%
6. Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	14	10.60%
	Έγγαμος/η	110	83.30%
	Διαζευγμένος/η	3	2.30%
	Χήρος/α	5	3.80%
	Σύνολο	132	100.00%
9. Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	5	3.80%
	Οικιακά	42	31.80%
	Αυτοαπασχολούμενος	12	9.10%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	12.90%
	Δημόσιος υπάλληλος	40	30.30%

Συνταξιούχος	16	12.10%
Σύνολο	132	100.00%

Αναφορικά με τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται πως, 96 (72.7%) εκ των ερωτηθέντων απάντησαν πως ο τόπος διαμονής τους είναι χωριό ή κωμόπολη και 12 (9.1%) απάντησαν πως κατοικούν σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων

Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας διαμονής και του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος

		N	%
7. Τόπος διαμονής	Χωριό/Κωμόπολη	96	72.70%
	Πόλη <150.000 κατοίκους	24	18.20%
	Πόλη >150.000 κατοίκους	12	9.10%
	Σύνολο	132	100.00%
8. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος δημοτικού	39	29.50%
	Απόφοιτος γυμνασίου	15	11.40%
	Απόφοιτος λυκείου	41	31.10%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	31	23.50%
	Μεταπτυχιακά	6	4.50%
	Σύνολο	132	100.00%
Q1. Με ποιον μένετε;	Μόνος/η	7	5.30%
	Με τον/τη σύντροφο	36	27.30%
	Με τα παιδιά μου	10	7.60%
	Με τον/η σύζυγο και τα παιδιά μου	51	38.60%
	Με την οικογένειά μου	28	21.20%
	Σύνολο	132	100.00%

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από το σύνολο του δείγματος, 78 (60.90%) δεν είχαν δύσκολη εμμηνόπαυση ενώ 50 (39.10%) είχαν.

Πίνακας 4 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας δυσκολίας κατά την εμμηνόπαυση

	N	%
W1. Είχατε δύσκολη εμμηνόπαυση;		
Ναι	50	39.10%
Όχι	78	60.90%
Σύνολο	128	100.00%

5.2 Επαγωγική ανάλυση

Τα ευρήματα που προκύπτουν από τον πίνακα 6 δείχνουν ότι η ύπαρξη ή όχι αδερφών εμφανίζει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τις μεταβλητές «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» ($\text{Sig}=0.028<0.05$) και «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» ($\text{Sig}<0.05$).

Πίνακας 5 Αποτελέσματα συσχέτισης της ύπαρξης αδερφών και της κλίμακας SF36

3. Έχετε αδέρφια;	N	Mean	SD	t	df	Sig
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι 123 Όχι 9	736,992 572,222	2,156,611 1,543,355	2,247	130	0.026
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Ναι 123 Όχι 9	530,488 722,222	1,495,737 1,743,042	-3,672	130	0.000

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 7 που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιας νόσου και τις μεταβλητές «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» ($\text{Sig}=0.018<0.05$), «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» ($\text{Sig}=0.044<0.05$), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» ($\text{Sig}=0.013<0.05$), «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» ($\text{Sig}=0.005<0.05$) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» ($\text{Sig}=0.044<0.05$). Σε όλες τις περιπτώσεις τη μεγαλύτερη μέση τιμή έδωσαν όσοι απάντησαν πως δεν πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο.

Πίνακας 6 Αποτελέσματα συσχέτισης της χρόνιας σωματικής νόσου και της κλίμακας SF36

Q5. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι 32 Όχι 99	562,500 747,475	3,965,578 3,754,163	-2,390	129	0.018
Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)	Ναι 32 Όχι 99	496,094 560,606	924,813 1,716,179	-2,030	129	0.044
Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Ναι 32 Όχι 99	546,875 684,343	2,327,734 2,779,890	-2,524	129	0.013

Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	32	564,583	1,793,760			
	Όχι	99	674,306	1,898,079	-2,880	129	0.005
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	32	542,878	1,105,754			
	Όχι	99	587,609	1,076,960	-2,029	129	0.044

Αναφορικά με τον πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι η μεταβλητή «Q8. Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;» έχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με τη μεταβλητή Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE) (Sig=0.035<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκεντρώνουν όσοι δεν έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο.

Πίνακας 7 Αποτελέσματα συσχέτισης της επίσκεψης σε ψυχολόγο και της κλίμακας SF36

Q8. Έχετε επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	16	520,833	4,709,132			
	Όχι	116	735,632	3,638,687	-2,132	130	0.035

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ερώτηση «Q9. Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε σε κάποιο ψυχολόγο;» και τις μεταβλητές «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.022<0.05), «Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)» (Sig=0.020<0.05), «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=0.032<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)» (Sig=0.022<0.05). Σε κάθε περίπτωση η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρείται στις αρνητικές απαντήσεις.

Πίνακας 8 Αποτελέσματα συσχέτισης της πρόθεσης συνάντησης με ψυχολόγο και των SF36 μεταβλητών

Q9. Αν μπορούσατε θα θέλατε να μιλήσετε σε κάποιον ψυχολόγο;		N	Mean	SD	t	df	Sig
Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Ναι	55	613,636	4,133,708	-2,320	130	0.022
	Όχι	77	769,481	3,553,312			
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36-RE)	Ναι	55	618,182	4,027,589	-2,359	130	0.02
	Όχι	77	774,892	3,564,016			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)	Ναι	55	606,288	2,137,210	-2,171	130	0.032
	Όχι	77	678,977	1,704,304			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS-SF36)	Ναι	55	551,386	1,070,541	-2,314	130	0.022
	Όχι	77	595,330	1,079,239			

Από τα ευρήματα του πίνακα 10 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ερώτηση «W1. Είχατε δύσκολη εμμηνόπαυση;» και τη μεταβλητή «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.035<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκεντρώνουν όσες συμμετέχουσες δεν είχαν δύσκολη εμμηνόπαυση.

Πίνακας 9 Αποτελέσματα συσχέτισης της εμμηνόπαυσης και των SF36 μεταβλητών

W1. Είχατε δύσκολη εμμηνόπαυση;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Ναι	50	671,000	2,441,332	-2,126	126	0.035
	Όχι	78	753,205	1,914,300			

Σχετικά με τον πίνακα 11, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση του δείγματος και τη μεταβλητή «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)» (Sig=0.002<0.05). Τη μεγαλύτερη μέση τιμή συγκέντρωσε ο πληθυσμός που

δήλωσε πως έχει χηρεύσει. Ενώ πιο συγκεκριμένα ο έλεγχος έδειξε πως υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε άγαμους – έγγαμους και χήρους έγγαμους.

Πίνακας 10 Αποτελέσματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης και των SF36 μεταβλητών

		N	Mean	SD	F	Sig.
Κοινωνικός ρόλος (SR- SF36)	Άγαμος/η	14	642,857	1,952,387	5,267	0.002
	Έγγαμος/η	110	521,591	1,415,218		
	Διαζευγμένος/η	3	583,333	1,443,376		
	Χήρος/α	5	725,000	2,236,068		
	Total	132	543,561	1,582,533		

Αναφορικά με τον πίνακα 12, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην επαγγελματική κατάσταση του δείγματος και τις μεταβλητές «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig=0.004<0.05) και «Santa Clara (SCBCS5)» (Sig=0.016<0.05). Πιο αναλυτικά οι άνεργοι παρουσιάζουν διαφορά με κάθε άλλη κατηγορία.

Πίνακας 11 Αποτελέσματα συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης και των SF36 μεταβλητών

		N	Mean	SD	F	Sig.
Ψυχική υγεία (SF36- MH)	Άνεργος	5	344,000	2,109,028	3,599	0.004
	Οικιακά	42	578,095	1,352,006		
	Αυτοαπασχολούμενος	12	576,667	1,124,385		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	527,059	1,850,596		
	Δημόσιος υπάλληλος	40	555,000	883,757		
	Συνταξιούχος	16	595,000	824,621		
	Total	132	557,576	1,327,807		
Santa Clara (SCBCS5)	Άνεργος	5	59,600	0.79246	2,924	.016
	Οικιακά	42	54,762	142,312		
	Αυτοαπασχολούμενος	12	56,333	136,670		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	17	42,353	162,055		
	Δημόσιος υπάλληλος	40	55,000	139,523		
	Συνταξιούχος	16	47,062	171,948		
	Total	132	52,629	151,211		

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στην διαμονή του δείγματος και τη μεταβλητή «Κοινωνικός ρόλος (SR-SF36)»

(Sig=0.006<0.05). Πιο συγκεκριμένα, η διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα σε όσους μένουν μόνοι και σε εκείνους, οι οποίοι συγκατοικούν με το σύντροφο ή την οικογένειά τους.

Πίνακας 12 Αποτελέσματα συσχέτισης της διαμονής του δείγματος και των SF36 μεταβλητών

		N	Mean	SD	F	Sig.
Κοινωνικός ρόλος	Μόνος/η	7	714,286	1,725,164	3,773	0.006
	Με τον/τη σύντροφο	36	503,472	1,622,556		
	Με τα παιδιά μου	10	612,500	2,239,947		
	Με τον/η σύζυγο και τα παιδιά μου	51	553,922	1,419,835		
	Με την οικογένειά μου	28	508,929	1,174,999		
	Total	132	543,561	1,582,533		

Από τον πίνακα 14 που ακολουθεί φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ποιότητα ύπνου των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και στις μεταβλητές «Συγχώρεση των άλλων (HFS)» (Sig=0.01<0.05), «Συνολικό score (HFS)» (Sig=0.036<0.05), «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.01<0.05), «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.017<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig=0.007<0.05) και «Συνολτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=0.002<0.05).

Πίνακας 13 Αποτελέσματα συσχέτισης του ύπνου του δείγματος και των SF36 και HFS μεταβλητών

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συγχώρεση των άλλων (HFS)	Ναι	78	255,000	873,826	4,771	0.01
	Όχι	21	205,714	994,772		
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	33	282,424	861,695		
	Total	132	254,015	916,004		
Συνολικό score (HFS)	Ναι	78	763,462	1,588,418	3,416	0.036
	Όχι	21	695,238	1,855,968		
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	33	810,606	1,365,178		
	Total	132	764,394	1,610,806		
	Ναι	78	739,103	2,234,103	4,819	0.01
	Όχι	21	600,000	2,150,581		

Σωματική Λειτουργικότητα (SF36- PF)	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	33	774,242	1,677,616		
	Total	132	725,758	2,156,549		
Σωματικός Ρόλος (SF36- RP)	Ναι	78	756,410	3,714,100	4,211	0.017
	Όχι	21	488,095	3,830,485		
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	33	719,697	3,890,974		
	Total	132	704,545	3,868,277		
Σωματικός πόνος (SP- SF36)	Ναι	78	708,333	2,569,384	5,209	0.007
	Όχι	21	505,952	2,419,846		
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	33	617,424	2,980,067		
	Total	132	653,409	2,739,444		
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS- SF36)	Ναι	78	680,502	1,860,811	6,297	0.002
	Όχι	21	519,544	1,718,219		
	Μερικές φορές έχω αϋπνίες	33	655,682	1,900,758		
	Total	132	648,690	1,922,863		

Σύμφωνα με τον πίνακα 15 που ακολουθεί, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο είδος των ονείρων και τις μεταβλητές «Ζωτικότητα (SF36-VT)» (Sig<0.05) και «Ψυχική υγεία (SF36-MH)» (Sig<0.05).

Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχέτισης του είδους των ονείρων του δείγματος και των SF36 μεταβλητών

		N	Mean	SD	F	Sig.
Ζωτικότητα (SF36-VT)	Ωραία	44	569,318	1,552,252	9,264	0.000
	Άσχημα	18	388,889	1,658,805		
	Εφιάλτες	6	441,667	1,463,443		
	Δεν τα θυμάμαι	64	483,594	938,822		
	Total	132	497,348	1,418,679		
Ψυχική υγεία (SF36-MH)	Ωραία	44	517,273	1,539,309	4,400	0.006
	Άσχημα	18	646,667	1,547,674		
	Εφιάλτες	6	573,333	1,690,759		
	Δεν τα θυμάμαι	64	558,750	912,610		
	Total	132	557,576	1,327,807		

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και τις μεταβλητές «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.022<0.05), «Κοινωνικός ρόλος

(SR-SF36)» (Sig=0.015<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig=0.044<0.05). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνει η ηλικία του δείγματος, τόσο χαμηλότερες είναι οι τιμές του σωματικού και κοινωνικού ρόλου και η τιμή της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας.

Πίνακας 15 Αποτελέσματα συσχέτισης της επαγγελματικής κατάστασης και των SF36 μεταβλητών

		Σωματικός Ρόλος (SF36- RP)	Κοινωνικός ρόλος (SR- SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)
1. Ηλικία	Correlation Coefficient	-.200*	-.211*	-.176*
	Sig.	0.022	0.015	0.044
	N	132	132	132

Σύμφωνα με τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στο πλήθος παιδιών του δείγματος και τη μεταβλητή «Συγχώρεση του εαυτού (HFS)» (Sig=0.011<0.05). Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος ο αριθμός των παιδιών του δείγματος, τόσο μικρότερη η τιμή της συγχώρεσης του εαυτού.

Πίνακας 16 Αποτελέσματα συσχέτισης του πλήθους παιδιών του δείγματος και των HFS μεταβλητών

		Συγχώρεση του εαυτού (HFS)
5. Πόσα παιδιά έχετε;	Correlation Coefficient	-.236*
	Sig.	0.011
	N	115

Αναφορικά με τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στον τόπο διαμονής του δείγματος και τη μεταβλητή «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.031<0.05). Αυτό

σημαίνει πως όσο αυξάνει πληθυσμιακά ο τόπος διαμονής του δείγματος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης γενικής υγείας.

Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης του τόπου διαμονής του δείγματος και των SF36 μεταβλητών

		Γενική υγεία (GH-SF36)
7. Τόπος διαμονής	Correlation Coefficient	.188*
	Sig.	0.031
	N	132

Σχετικά με τον πίνακα παρακάτω φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος και τις μεταβλητές «Συγχώρεση των άλλων (HFS)» (Sig=0.031<0.05), «Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)» (Sig=0.001<0.05), «Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)» (Sig=0.034<0.05), «Σωματικός πόνος (SP-SF36)» (Sig=0.017<0.05), «Γενική υγεία (GH-SF36)» (Sig=0.049<0.05) και «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)» (Sig<0.05). Όσο μεγαλύτερο το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος τόσο υψηλότερες οι τιμές της συγχώρεσης των άλλων, της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου και πόνου και της γενικής υγείας του.

Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος και των SF36 μεταβλητών

		Συγχώρεση των άλλων (HFS)	Σωματική Λειτουργικότητα (SF36-PF)	Σωματικός Ρόλος (SF36-RP)	Σωματικός πόνος (SP-SF36)	Γενική υγεία (GH-SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (PCS-SF36)
8. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	.188*	.294**	.184*	.207*	.172*	.302**
	Sig.	0.031	0.001	0.034	0.017	0.049	0.000
	N	132	132	132	132	132	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Μία περίοδος σταθμός για τη ζωή της γυναίκας θεωρείται η εμμηνόπαυση. Ο τρόπος με τον οποίο μία γυναίκα θα περάσει αυτή την περίοδο διαφέρει ανάλογα με τη φύσι κάθε γυναίκας και τα συμπτώματα τα οποία μπορεί να εμφανίσει ποικίλουν. Μεγάλο μέρος ευθύνης για την εκπαίδευσή της και τελικά την καλύτερη ποιότητα ζωής της κατά την περίοδο αυτή έχει το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό. Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με στόχο την καταγραφή και ανάλυση των συμπτωμάτων που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής μιας εμμηνοπαυσιακής γυναίκας και τη στάση της προς αυτή καθώς επίσης και τους τρόπους που μπορεί να συμβάλει στη μείωση αυτών η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στην πραγματοποίηση της έρευνας συμμετείχαν συνολικά 132 γυναίκες, εκ των οποίων οι περισσότερες έχουν αδέρφια (93.20%) και παιδιά (87.10%). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (83.30%) και όσον αφορά το επάγγελμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι δημόσιοι υπάλληλοι (30.30%). Ως προς τον τόπο διαμονής, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ζουν σε κωμόπολη ή χωριό (72.70%), σχετικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι λυκείου (31.10%) και όσον αφορά το με ποιόν μένουν, οι περισσότεροι κατοικούν με τον σύζυγο και τα παιδιά τους (38.60%). Επίσης, από τους ερωτηθέντες που έχουν περάσει την περίοδο της εμμηνόπαυσης, οι περισσότεροι (60.90%) δε θα τη χαρακτήριζαν δύσκολη.

Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς εξαιτίας αυτού διαφοροποιούνται τα επίπεδα στα οποία συγχωρούν τους άλλους και καταστάσεις, η ψυχική και η γενική

τους υγεία και ο κοινωνικός τους ρόλος. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Narcis Gusí και συν. (2006) [42].

Ένας παράγοντας που επηρεάζει τη σωματική τους λειτουργικότητα και τον κοινωνικό ρόλο που έχουν είναι το αν έχουν αδέρφια ή όχι. Ανάλογα επίσης με το αν οι γυναίκες του δείγματος πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, παρατηρούνται διαφορές στον σωματικό και κοινωνικό τους ρόλο, στον σωματικό πόνο που νιώθουν και γενικά στα επίπεδα ψυχικής και φυσικής τους υγείας. Η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Ali Abd El- Monsif και συν. (2017) κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα [43].

Ο συναισθηματικός ρόλος των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα εξαρτάται αρκετά από το αν έχουν επισκεφθεί κάποιο ψυχολόγο ή όχι. Ωστόσο, το αν θα επισκέπτονταν κάποιο ψυχολόγο, σε περίπτωση που είχαν τη δυνατότητα, επηρεάζει σημαντικά τον σωματικό και συναισθηματικό ρόλο του δείγματος και γενικότερα τη φυσική και ψυχική τους υγεία.

Ένας από τους παράγοντες που φαίνεται να διαφοροποιεί τη σωματική λειτουργικότητα των ερωτηθέντων είναι η δυσκολία ή όχι που αντιμετώπισαν κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Ο κοινωνικός ρόλος που έχουν ερωτηθέντες διαφοροποιείται σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση του καθενός, αν είναι δηλαδή άγαμος, έγγαμος, διαζευγμένος ή χήρος.

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν φαίνεται επίσης πως η ψυχική υγεία και τα αισθήματα των γυναικών του δείγματος προς τους αγνώστους διαφοροποιούνται ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση του εκάστοτε συμμετέχοντα. Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει τον κοινωνικό ρόλο των ατόμων είναι τα άτομα με τα οποία

ζουν μαζί, δηλαδή αν ζουν μόνοι τους, με το σύντροφό τους, με τα παιδιά τους, με τον σύζυγο και τα παιδιά τους ή την οικογένειά τους.

Η ποιότητα ύπνου που έχουν διαφοροποιεί τα επίπεδα στα οποία συγχωρούν τους άλλους, τη σωματική τους λειτουργικότητα, τον σωματικό τους ρόλο και πόνο, καθώς επίσης και τη γενικότερη φυσική τους υγεία. Πλήθος ερευνών που αναφέρονται στη μελέτη των Balneaves και συν. (2016) διαπίστωσαν παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα του ύπνου [6]. Επίσης τα όνειρα τα οποία βλέπουν όταν κοιμούνται έχουν σημαντικό ρόλο στη ζωτικότητα και την ψυχική τους υγεία, αποτέλεσμα το οποίο διαπιστώθηκε και στην έρευνα των Duman και συν. (2018), [44], καθώς επίσης και στην έρευνα των Wu και συν. (2016)., [45].

Η ηλικία των εμμηνοπαυσιακών γυναικών σχετίζεται με τον σωματικό και κοινωνικό τους ρόλο και γενικότερα με τη φυσική τους υγεία. Συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερες είναι ηλικιακά, τόσο χειρότεροι είναι ο σωματικός και κοινωνικός τους ρόλος και η φυσική τους κατάσταση είναι χειρότερη. Η έρευνα της Γούναρη (2020) επαληθεύει τα αποτελέσματα αυτά, σύμφωνα επίσης με την οποία παρατηρείται πως όσο μεγαλύτερη είναι η γυναίκα, είναι λιγότερη η κοινωνική υποστήριξη και τα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και στρες. [46]. Όσα περισσότερα παιδιά έχουν τα άτομα είναι πιο δύσκολο για αυτούς να συγχωρέσουν τον ίδιο τους τον εαυτό.

Ένας παράγοντας που επηρεάζει ανάλογα την γενική υγεία των ατόμων είναι ο τόπος διαμονής τους, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το μέρος στο οποίο ζούνε, τόσο καλύτερη είναι η κατάσταση της υγείας τους γενικότερα. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Asrami και συν. (2016), σύμφωνα με την οποία οι συμπεριφορές και ο τρόπος ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών επηρεάζεται από τον τόπο κατοικίας στον οποίο ζουν [47].

Τέλος, το εκπαιδευτικό επίπεδο που έχουν είναι ανάλογο του βαθμού στον οποίο συγχωρούν τους άλλους, της σωματικής τους λειτουργικότητας, του σωματικού τους ρόλου και πόνου, και της γενικής και φυσικής τους υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες οι οποίες έχουν αρκετά υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, συγχωρούν πιο εύκολα τους γύρω τους και έχουν καλύτερα επίπεδα σωματικής, φυσικής και γενικής υγείας.

6.2 Συμπεράσματα

Η εμμηνόπαυση μιας γυναίκας έχει πολύ μεγάλη σημασία για την κατάσταση της υγείας της, είτε πρόκειται για σωματική, είτε για ψυχική. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που θα προκληθούν στη γυναίκα αυτή την περίοδο. Από τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Τα ποσοστά εύκολης περιόδου εμμηνόπαυσης είναι μεγαλύτερα από αυτά της δύσκολης περιόδου.
- Τα συμπτώματα που θα προκύψουν σε κάθε γυναίκα διαφέρουν ανάλογα με χαρακτηριστικά όπως είναι η ηλικία, ο τόπος διαμονής, τα άτομα με τα οποία κατοικεί μαζί.
- Η ποιότητα του ύπνου καθώς επίσης και τα όνειρα τα οποία βλέπει μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική και συναισθηματική της κατάσταση.
- Ο συναισθηματικός τους ρόλος διαφέρει ανάλογα με το αν επισκέπτονται κάποιο ψυχολόγο ή όχι, καθώς επίσης και από το αν θα πήγαιναν σε περίπτωση που είχαν τη δυνατότητα.

6.3 Περιορισμοί – Προτάσεις

Κατά την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί οι οποίοι συνέβαλαν αρνητικά στην διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Αρχικά το δείγμα μας αποτέλεσαν 132 άτομα και θεωρείται μικρό ώστε να μας επιτραπεί να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα μας. Η χρονική περίοδος που διεξάγει η παρούσα έρευνα δεν ευδοκμεί για την συλλογή περισσοτέρων δεδομένων. Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους ερωτηθέντες δια ζώσης, οι περισσότεροι από αυτούς ήταν επιφυλακτικοί, λόγω της πανδημίας που υπάρχει στην χώρα μας και όχι μόνο, τον τελευταίο χρόνο, παρόλο που τηρήθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή διασποράς της νόσου Covid-19.

Η έρευνα αυτή ευελπιστούμε ότι θα αποτελέσει κίνητρο για περαιτέρω μελλοντικές μελέτες. Συγκεκριμένα οι μελλοντικοί ερευνητές θα μπορούσαν να ερευνήσουν την επιρροή της εμμηνόπαυσης στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, όπως είναι η κατάθλιψη. Επιπλέον θα μπορούσε μελλοντικά να διεξαχθεί έρευνα η οποία θα στοχεύει στην εξέταση της χρήσης αλκοόλ μετά την εμμηνόπαυση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Palacios, S. et al. (2010) 'Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region', *Climacteric*, 13(5), pp. 419–28.
- [2] FMoustafa, M. et al. (2015) 'Impact of menopausal symptoms on quality of life among women's in Qena City', *IOSR Journal of Nursing and Health Science* Ver. II, 4(2), pp. 2320–1940. doi: 10.9790/1959-04224959.
- [3] Daley A et al. (2015) 'The effectiveness of exercise as treatment for vasomotor menopausal symptoms_ randomised controlled trial', *BJOG*, 122(4), pp. 565–75.
- [4] Guidozzi F (2013) 'Sleep and sleep disorders in menopausal women', *Climacteric*, 16(2), pp. 214–9.
- [5] Zhang, J. P. et al. (2016) 'Menopausal Symptoms and Sleep Quality During Menopausal Transition and Postmenopause', *Chinese Medical Journal*, 129(7), pp. 771–777. doi: 10.4103/0366-6999.178961.
- [6]:Balneaves, L. G. et al. (2016) 'Qualitative assessment of information and decision support needs for managing menopausal symptoms after breast cancer', *Supportive Care in Cancer*. *Supportive Care in Cancer*, 24, pp. 4567–4575. doi: 10.1007/s00520-016-3296-x.
- [7] Lampio, L. et al. (2014) 'Sleep in midlife women_ effects of menopause, vasomotor symptoms, and depressive symptoms', *Menopause*, 21(11), pp. 1217–24.
- [8] Jehan, S., Masters-Isarilov, A., Salifu, I. et al., 2015. Sleep Disorders in Postmenopausal Women. *J. Sleep Disord. Ther.* 4.
- [9] Κρεατσάς Γεώργιος. (2009). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- [10] Σούλου Ξ. (2008). "Υγεία / Γυναικολογία - Μαιευτική / Εμμηνόπαυση". Αθήνα: www.latronet.gr.

- [11] Kwak Eun Kyung, Park, H. S. and Kang, N. M. (2014) ‘Menopause Knowledge, Attitude, Symptom and Management among Midlife Employed Women 1’, JMM, 6(20), pp. 118–125.
- [12] Henderson, V.W , et al., 2016. Cognitive effects of estradiol after menopause. *Neurology*, 87, 699–708.
- [13] Pertesi, S., Coughlan, G., Puthusseryppady, V., Morris, E., & Hornberger, M. (2019). Menopause, cognition and dementia – A review. *Post Reproductive Health*, 25(4), 200–206.
- [14] Sturdee, D.W. & Panay, N. (2014). Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric early online*, 13(6), 1-14.
- [15] Messier, V., Rabasa-Lhoret, R., Barbat-Artigas, S., et al. (2011). Menopause and sarcopenia: A potential role for sex hormones. *Maturitas*, 68(4), 331- 336.
- [16] Archer, D.F. (2012). Postmenopausal skin and estrogen. *Gynecological endocrinology*, 28(s2), 2-6.
- [17] Βιβιλάκη, Β. 2016 ‘Μαιευτική Φροντίδα’. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- [18] Μεντζελοπούλου Παρασκευή “Διατροφή Στην Κλιμακτήριο / Εμμηνόπαυση.” Accessed August 18, 2020.
- [19] Spangler, John G (1999). “SMOKING AND HORMONE-RELATED DISORDERS.” *Primary Care: Clinics in Office Practice* 26, no. 3: 499–511.
- [20] Raglan, Greta B., Jay Schulkin, Laura M. Juliano, and Elizabeth A. Micks. (2020) “Obstetrician-Gynecologists’ Screening and Management of Depression during Perimenopause.” *Menopause* (New York, N.Y.).
- [22] Yang, H. J., Suh, P. S., Kim, S. J., & Lee, S. Y. (2015). Effects of Smoking on Menopausal Age: Results From the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007 to

2012. Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi, 48(4), 216–224.
- [23] Grindler, Natalia M., and Nanette F. Santoro (2015). “Menopause and Exercise:” *Menopause* 22, no. 12: 1351–58.
- [24] Pines, A. “Sleep Duration and Midlife Women’s Health (2017).” *Climacteric* 20, no. 6: 528–30.
- [25] Alexander, J.L. (2007). Quest for detection and treatment of women with depression. *Journal of managed care pharmacy*: 3(9 Suppl A), S3-11.
- [26] Sievert, L.L., (2014). Menopause across cultures: clinical considerations. *The Journal of The American Menopause Society*, 21(4), 421-423.
- [27] Baker, Fiona C., Laura Lampio, Tarja Saaresranta, and Päivi Polo-Kantola (2018). “Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition.” *Sleep Medicine Clinics* 13, no. 3
- [28] Stute, P., Spyropoulou, A., Karageorgiou, V., Cano, A., Bitzer, J., Ceausu, I., Chedraui, P., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Goulis, D.G., Hirschberg, A.L., Kiesel, L., Lopes, P., Pines, A., Rees, M., Trotsenburg, M. van, Zervas, I., Lambrinoudaki, I., (2020). Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas* 131, 91–101.
- [29] Bell, R.J., (2010). Urinary incontinence is accosiated with lower psychological general well being in community-dwelling women. *The Journal of The American Menopause Society*, 17(2), 332-337.
- [31] Santoro, Nanette, C. Neill Epperson, and Sarah B. Mathews. (2015) “Menopausal Symptoms and Their Management.” *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 44, no.3:

- [32] Κατσαρού, Ι. Α. (2017). «Ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών και βελτίωση του τρόπου ζωής», . Ηράκλειο: Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής
- [33] Σταματόπουλος ΧΠ και συν, Μ. Θ. (2007, Μάιος 30). Απώτερες επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία , σσ. 127-134.
- [34] Osborn S. Kathleen, Wraa E. Cheryl, Watson B. Annita, Holleran Renne, 2014“Παθολογική –Χειρουργική Νοσηλευτική” 2η έκδοση, Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- [35] Roozbeh, Nasibeh, Masumeh Ghazanfarpour, Talat Khadivzadeh, Leila Kargarfard, Fatemeh Rajab Dizavandi, and Khatereh Shariati. (2019) “Effect of Lavender on Sleep, Sexual Desire, Vasomotor, Psychological and Physical Symptom among Menopausal and Elderly Women: A Systematic Review.”Journal of Menopausal Medicine 25, no. 2 : 88–93.
- [36] Κυριακίδου Ελένη Θ. (2000), ‘ ‘ Κοινωνική Νοσηλευτική ’ ’, Αθήνα, Εκδόσεις ‘ ‘Η Ταφίδα
- [37] Lemone, P. Buker, K. & Bauldoff, G. 2011. ‘ *Medical- Surgical Nursing*’. Fifth Editon. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Η. Παναγιωτάκη - Μπροκολάκη. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις
- [38]Şener, N. & Ersöğütçü, F. (2019). Quality of Life Among Menopausal Women and Nursing. Res & Rev Health Care Open Acc J, 3 (4), 290-292.
- [39] Vakili, Z., Noroozi, M., & Ehsanpoor, S. (2019). Comparing the Effects of Two Methods of Group Education and Peer Education on Sexual Dysfunction of Menopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Iranianjournal of nursing and midwifery research*, 24(3), 187–192.
- [40] Carpenter J, Wu J, Burns, Y. M. (2013) ‘NIH Public Access’, Cancer Nurs., 35(3), pp. 195–202. doi: 10.1097/NCC.0b013e31822e78eb.Perceived.

- [41] Mann, E. et al. (2012) ‘Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial’, *Lancet Oncology*. Elsevier Ltd, 13(3), pp. 309–318. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70364-3.
- [42]. Narcis Gusi, Armando Raimundo, Alejo Leal, Ισπανία, Πορτογαλία (2006). Lowfrequency vibratory exercise reduces the risk of bone fracture more than walking: a randomized controlled trial.
- [43] Ali Abd El- Monsif Thabet, Mansour Abdullah Alshehri, Omar Farouk Helal, Bassem Refaat, Αίγυπτος, Σαουδική Αραβία (2017). The impact of closed versus open kinetic chain exercises on osteoporotic femur neck and risk of fall in postmenopausal women. Διαθέσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5599832/> (Ανακτήθηκε στις 11/05/2018)
- [44] Duman, M. & Timur Taşhan, S., 2018. The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract.* 24(4), e12650.
- [45] Wu H, Davis, J, Padiyar, J. and Yarandi, H. (2016) ‘A comparison of disrupted sleep patterns in women with cancerrelated fatigue and postmenopausal women without cancer (Resubmission)’, *Eur J Oncol Nurs*, 15(4), pp. 318–324. doi: 10.1016/j.ejon.2010.10.003.A.
- [46] Γούναρη, Α. (2020). Χρήση αλκοολ, κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία γυναικών σε εμμηνόπαυση.
- [47] Asrami, F., Hamzehgardeshi, H. & Shahhosseini, Z. (2016). Health Promoting Lifestyle Behaviors in Menopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science*, 8 (8), 128-134.
- [48] Stoppard M. (2000). “Εμμηνόπαυση” . Αθήνα: Δομική.
- [49] Lowdermilk, D., Perry, S. & Cashion, K. 2010. 'Maternity Nursing'. 8th Edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α.Λυκερίδου & Α.Δελτσίδου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις.

- [50] Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:1159.
- [51] Elting MW, Kwee J, Korsen TJ, et al. Aging women with polycystic ovary syndrome who achieve regular menstrual cycles have a smaller follicle cohort than those who continue to have irregular cycles. *Fertil Steril* 2003; 79:1154.
- [52] Black A, Francoeur D, Rowe T, et al. SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26:219.
- [53] Freeman EW, Sammel MD, Gracia CR, et al. Follicular phase hormone levels and menstrual bleeding status in the approach to menopause. *Fertil Steril* 2005; 83:383.
- [54] Randolph JF Jr, Zheng H, Sowers MR, et al. Change in follicle-stimulating hormone and estradiol across the menopausal transition: effect of age at the final menstrual period. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96:746.